

Mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde: consensos e contestações em espaços deliberativos do SUS

Changes in Primary Health Care Policy: consensus and disputes in deliberative spaces of the SUS

Verônica Maria da Silva Mitros¹, Rômulo do Nascimento Rocha¹, Nicolas Gustavo Souza Costa¹, Maria Rocineide Ferreira da Silva², Maria Vaudelice Mota¹, Carmem Emmanuely Leitão Araújo¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313806

RESUMO A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), quando estabelecida em 2006, corroborou o direcionamento do modelo assistencial em conformidade com a universalização do sistema de saúde brasileiro. Contudo, alterações recentes na sua organização e financiamento demonstram inflexões. O objetivo do artigo foi analisar processos decisórios relacionados com a PNAB, em distintos espaços de deliberação do Sistema Único de Saúde (SUS), que incidiram em mudanças nessa política, no período de 2016 a 2020. Trata-se de um estudo de caso exploratório e retrospectivo, que adotou o *process tracing*. Foram analisadas as atas das reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de 2016 a 2020. As gravações de Reuniões Ordinárias da CIT, entre 2019 e 2020, também foram fontes de informações. Alterações na política deram-se sob a baixa interlocução e desaprovação da instância nacional de participação e controle social do SUS. O CNS atuou como um espaço de denúncia e resistência às mudanças, porém, com baixa capacidade de influenciar as decisões políticas. Por sua vez, o espaço intergovernamental do SUS revelou cooperação entre representantes de gestores subnacionais, com poucas tensões, no que diz respeito à agenda de mudança proposta pela União.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Atenção Primária à Saúde. Financiamento da assistência à saúde. Participação social. Tomada de decisões.

ABSTRACT *The National Primary Care Policy (PNAB), when established in 2006, corroborated the direction of the care model in accordance with the universalization of the Brazilian health system. However, recent changes in its organization and funding demonstrate inflexions. The aim of the study is to analyze decision-making processes related to the PNAB, in different deliberation spaces of the SUS, which influenced changes in such policy, in the period between 2016 and 2020. This is an exploratory and retrospective case study, which adopted process tracing. Meeting minutes of the National Health Council (CNS) and Tripartite Inter-managers Commission (CIT) from 2016 to 2020 were analyzed. Recordings of Ordinary CIT Meetings, between 2019 and 2020, were also sources of information. Changes in the policy took place under the low dialogue and disapproval of the national instance of participation and social control of the SUS. The CNS acted as a space for denunciation and resistance to changes, but with a low capacity to influence political decisions. In turn, the intergovernmental space of the SUS revealed cooperation between representatives of subnational managers, with few tensions, with regard to the change agenda proposed by the Union.*

KEYWORDS *Health policy. Primary Health Care. Healthcare financing. Social participation. Decision making.*

¹Universidade Federal do Ceará (UFC), Faculdade de Medicina (Famed) – Fortaleza (CE), Brasil. carmemleitao@ufc.br

²Universidade Estadual do Ceará (Uece), Centro de Ciências da Saúde (CCS) – Fortaleza (CE), Brasil.

Introdução

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) suporta mudanças ao longo do tempo. Quando estabelecida em 2006, ela assinalou escolhas políticas e técnicas para a reorientação do modelo assistencial em conformidade com a universalização do sistema de saúde brasileiro^{1,2}. A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi ratificada como estruturante da Atenção Básica à Saúde³. A responsabilização de cada nível de governo, a garantia de transferências intergovernamentais e o papel dos Conselhos de Saúde foram reafirmados, conforme pactuações definidas desde os anos 1990^{4,5}. A PNAB 2006 especificou a composição e a quantidade de profissionais por equipe, aspectos relacionados com processo e carga horária de trabalho, infraestrutura e recursos para o fortalecimento da Atenção Básica (AB) no País⁶.

Após cinco anos, a política foi reformulada com a justificativa de ser necessário reforçar a prioridade do modelo da ESF, bem como corrigir fragilidades percebidas na expansão territorial da proposta original⁷. Entre as disposições, a PNAB 2011 ampliou as modalidades de equipe de Atenção Básica (eAB), com a criação das equipes para populações específicas (ribeirinhas, fluviais e Consultórios de Rua); especificou as regras para a implantação e o funcionamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), criados em 2008. Além disso, carga horária de trabalho foi flexibilizada para, em associação com o Programa Mais Médicos, prover e fixar profissionais em áreas desassistidas e remotas. Outrossim, novos mecanismos federais de indução foram estabelecidos, com recursos complementares para compensação de especificidades regionais, repasses para estruturação das unidades pelo Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) e vinculação dos recursos a resultados e avaliações de componentes com Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)⁴.

Por sua vez, a PNAB 2017 e o Programa Previnde Brasil, aprovado em 2019, demarcaram inflexões relevantes. Entre outras alterações, a PNAB 2017 redefiniu critérios de cobertura populacional e encurtou a indução dos arranjos de equipe da Saúde da Família (eSF) por meio de financiamento federal, inclusive permitindo a implantação de equipes sem Agentes Comunitários de Saúde (ACS)⁵. Em seguida, o Programa Previnde Brasil estabeleceu novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS). O financiamento passou a ser por capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas, alterando a lógica de pagamento do Piso de Atenção Básica (PAB) por um valor fixo per capita (PAB fixo) e por adesão a programas e ações estratégicas (PAB variável)⁸.

Há estudos que analisam os resultados da implementação da PNAB. Em que pesem os desafios, avanços relevantes são identificados⁹⁻¹¹. Quando as alterações iniciadas em 2017 são analisadas, entretanto, observa-se o enfraquecimento do enfoque comunitário da atuação das eSF¹¹. Verifica-se, ainda, segmentação do cuidado em razão da diferenciação entre serviços ‘essenciais’ e ‘ampliados’¹², redução na quantidade de ACS¹³, ameaças à multiprofissionalidade das equipes, aumento das práticas de pronto atendimento, centralidade no cuidado individual¹⁴ e desinvestimento nos Nasf¹⁵.

Embora as pesquisas sobre o tema considerem os contextos políticos, elas abordam pouco os processos de tomada de decisão relacionados com a AB no Brasil. Isso gera questões: existem diferenças na apreciação e nas definições sobre esse tema nos espaços político-institucionais de definição das políticas de saúde? Como atores se posicionam em espaços deliberativos do Sistema Único de Saúde (SUS)? De forma mais específica, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) se posicionam em relação às propostas de alteração do Ministério da Saúde (MS) no decorrer do tempo?

Essas questões consideram a importância que o desenho da política de saúde brasileira oferece à participação e ao controle social, bem como à pactuação intergovernamental nas principais decisões do sistema de saúde^{16,17}. A singularidade da proposta se delinea em conferir, simultaneamente, a apreciação e os encaminhamentos de uma mesma agenda em distintos espaços deliberativos do SUS. O artigo analisa, portanto, processos decisórios relacionados com a PNAB, em distintos espaços de deliberação do SUS, que incidiram em mudanças nessa política no Brasil, no período de 2016 a 2020.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de caso, de caráter exploratório e retrospectivo, que adotou o *process tracing*. Esse método parte da análise de evidências empíricas encadeadas em processos, sequências e conjunturas de eventos, com finalidade de rastrear e capturar mecanismos causais em ação, bem como as maneiras pelas quais estes se correlacionam para explicar um determinado caso. O rastreamento de processo, enquanto método robusto elaborado a partir de relatos internos de mudanças de políticas confere possibilidade de inferências, compreendendo de que forma determinados fatores contribuem para um resultado em direção à modificação ou à permanência de um fenômeno¹⁸. Possibilita ainda olhar para os estímulos que geram as ações dos atores em processos de decisão, além dos impactos dos arranjos institucionais e das variáveis de interesse em aspectos de atenção, processamento e comportamento¹⁹.

Para rastrear processos decisórios relacionados com as mudanças na AB brasileira, foram consideradas arenas de pactuação intergovernamental e participação e controle social do SUS, particularmente a CIT e o CNS. A CIT é uma instância que atua na esfera federal, com a finalidade de estabelecer diretrizes, estratégias, programas, além da alocação de

recursos do SUS. É composta por membros indicados do MS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)²⁰. O CNS é um organismo colegiado permanente com função fiscalizadora e deliberativa, composto por 48 conselheiros representantes dos segmentos de usuários (24), trabalhadores (12), gestores do SUS (8) e prestadores de serviços em saúde (4). Assim, apesar de em quantidade reduzida, a composição do CNS inclui atores governamentais participantes da CIT²¹.

O recorte temporal julgou a existência de uma conjuntura crítica, favorável a mudanças nas políticas públicas. O ano de partida foi 2016, em que se registra uma crise político-institucional seguida por uma nova agenda governamental, na qual se pautam mudanças na PNAB. A análise de processos simultâneos na CIT e no CNS também considera a inserção da proposta do Previde Brasil, em 2019, primeiro ano do governo Bolsonaro (2019-2022). Apesar da aprovação de mudanças nas regras de financiamento serem definidas ainda em 2019, optou-se por verificar o ano de 2020, que coincide com o início da pandemia da Covid-19, quando se previa a implantação do novo financiamento dessa política.

Para a análise documental, verificaram-se: 1) pautas, documentos e vídeos das Reuniões Ordinárias (RO) da CIT; 2) atas das RO do CNS; e 3) documentos diversos produzidos pela CIT e pelo CNS, entre os anos de 2016 e 2020, que abordaram AB e/ou o seu financiamento. Foram analisados as pautas e os resumos executivos da CIT disponibilizados no *link*: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos-cit>; bem como os vídeos disponíveis no Canal do YouTube: DATASUS AO VIVO. As atas e os resumos executivos do CNS foram acessados pelo *link*: <https://conselho.saude.gov.br/atas-cns>. À medida que moções, resoluções, recomendações e atos dos executivos, e mesmo outros documentos,

eram citados, seus arquivos foram buscados na íntegra para análise. As informações foram inseridas no *software* ATLAS.ti 8, de forma a ser construída uma cadeia de evidências conforme o período analisado. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará com o parecer de número 4.790.275.

Resultados

Uma nova revisão da PNAB em pauta

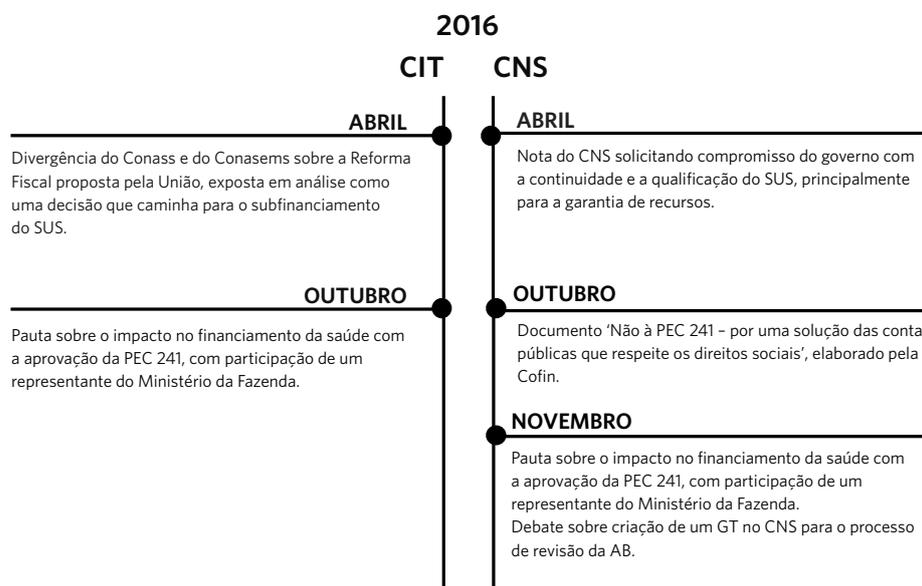
Nos primeiros meses de 2016, os conselheiros nacionais de saúde avaliaram que diversos setores estavam sob riscos de desestruturação dos avanços democráticos já conquistados. Isso tornaria o SUS desprotegido^{22,23}. Uma nota da época pede o compromisso do governo com a continuidade e qualificação do SUS: “Direito garantido não se compra e nem se vende, o SUS é nosso e ninguém tira da gente”. Defendem-se mais recursos para a saúde ao considerar ser necessário empregar qualidade e eficiência por meio da apresentação de critérios renegociados de rateio²⁴.

Na CIT, o Conasems expôs uma análise do subfinanciamento do SUS acompanhada de ‘estratégias que considera relevantes para a solução dos problemas’. Conass e Conasems

se manifestaram contra as medidas que tratam da repartição das receitas de impostos entre os entes, assim como do ressarcimento de planos privados ao SUS²⁵. Baseados em estudo do Conass, gestores municipais e estaduais divergiram da União em relação à reforma fiscal. No CNS, o governo federal foi acusado de aprofundar a austeridade, reduzir direitos e reprimir as minorias e os movimentos sociais. Tanto a CIT quanto o CNS divergiram da proposta da PEC 241/2016 (Novo Regime Fiscal) apresentada por um assessor do Ministério da Fazenda. Alternativas para associar responsabilidade fiscal com justiça social foram discutidas nas duas arenas analisadas²⁶.

Foi nesse cenário de agravamento do subfinanciamento do SUS que mudanças na PNAB foram inseridas na agenda governamental, com processos decisórios nos espaços deliberativos representados nas *figuras 1 e 2*. Em sua primeira reunião na CIT, o Ministro Ricardo Barros apresentou as ‘ações prioritárias para o Ministério da Saúde’. No mesmo dia, um ‘Cronograma de Revisão da PNAB’ foi submetido para apreciação. A proposta compreendeu duas ações: 1) criação de Grupo de Trabalho especial da CIT com duração de quatro meses; e 2) Mesa de Negociação com entidades de representação dos ACS. O Conasems vetou essa última ação, considerando que a contratação da categoria ACS é realizada pelos municípios.

Figura 1. Linha do tempo: mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde no âmbito da CIT e do CNS no ano de 2016



Fonte: elaboração própria.

Não há controvérsias sobre a necessidade de revisar a PNAB. Alguns argumentos dos representantes de gestores do SUS foram: 1) mudança do perfil epidemiológico da população gerou a necessidade de revisar a composição das eSF; 2) experiências de Planificação da Atenção Primária à Saúde, apoiada pelo Conass, indicam a pertinência de alterações nas estratégias de trabalho; 3) necessidade de acordar uma proposta tripartite²⁷.

A revisão da PNAB retornou à plenária apenas em fevereiro, como informe, e em julho de 2017, com a apresentação de uma proposta consolidada na 7ª RO da CIT. O Conass apoiou a “redação proposta para a nova PNAB, destacando a integração entre AB e [Vigilância à Saúde]”²⁸. O Conasems reiterou que

[...] a nova PNAB se apresenta sensível às necessidades municipais, levando em consideração todos os arranjos necessários para garantir atendimento adequado à população no âmbito da AB²⁸.

Na perspectiva de ambos os conselhos de secretários de saúde (Conass e Conasems), a ESF foi mantida como principal estratégia de

implementação da AB. Apesar das anuências declaradas, deliberou-se pela disponibilização do documento de revisão da PNAB para Consulta Pública, de modo a atender solicitação do CNS.

Na 1ª Reunião Extraordinária da CIT, apresentaram-se os resultados da Consulta Pública, considerando o recebimento de mais de 6 mil proposições de diferentes atores do SUS²⁹. Ao agradecer a submissão da proposta à opinião pública, o CNS requereu que o tema fosse deliberado em seu pleno. O MS respondeu que “a Política Nacional de Atenção Básica sempre foi pactuada sem deliberação pelo CNS”.

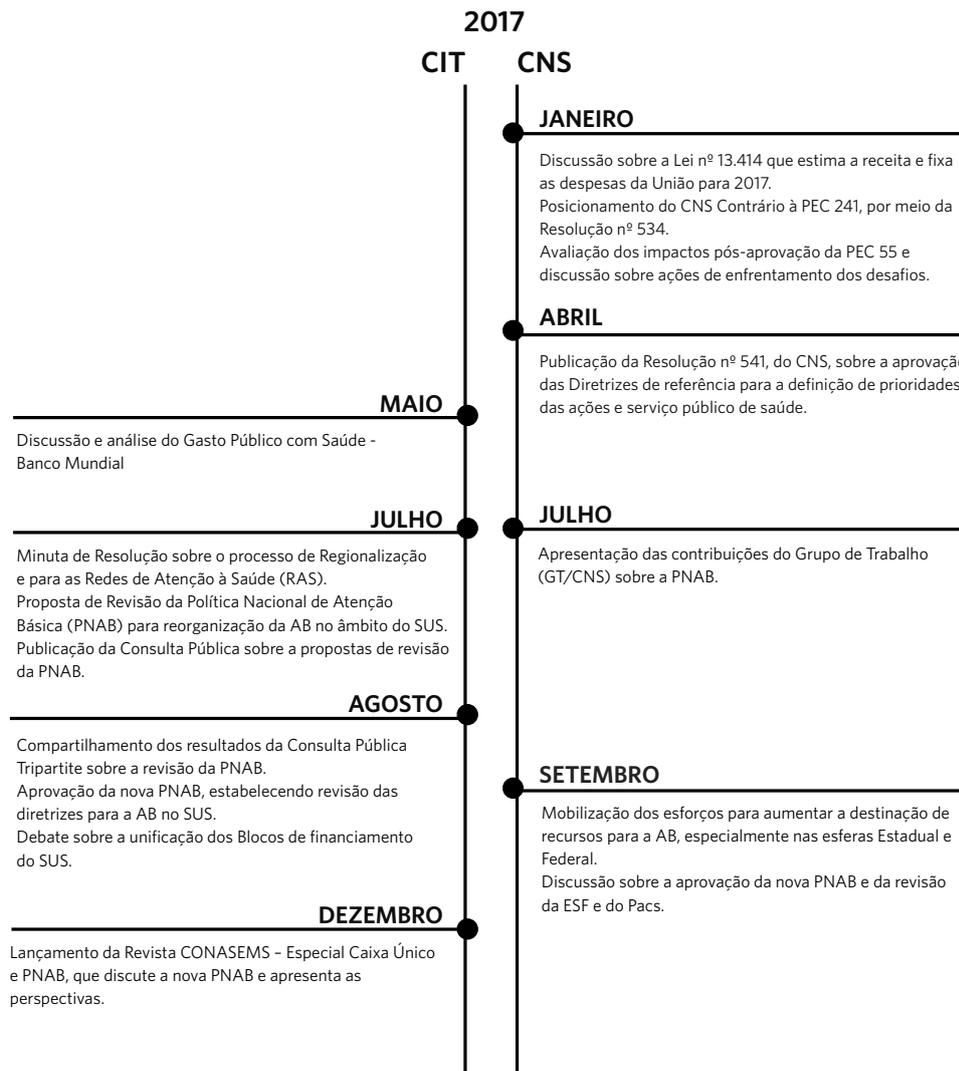
Por sua parte, o CNS se moveu contrário às mudanças na organização e no financiamento da PNAB. Pelo ângulo dos conselheiros, a mudança na distribuição de recursos substituiria o modelo da eSF por uma configuração seletiva. Em outras palavras, “o cenário de modificações político-institucionais expressa um protótipo de Modelo Médico-Hospitalar Neoliberal Privatista”³⁰. Reprovou-se o não envolvimento do CNS no processo de revisão da PNAB, bem como a não incorporação de 28% das sugestões realizadas em consulta pública.

O CNS recomendou a revogação da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a nova PNAB, entendida como retrocesso^{31,32}. Houve consenso entre os conselheiros sobre a necessidade de mobilização e acompanhamento assíduo dos aspectos subsequentes da AB após aprovação da nova PNAB³².

Aqui é importante recordar que o apoio ir-restrito do Conasems à mudança na PNAB está declarado na edição especial de sua revista, publicada no último trimestre de 2017³³. O editorial da edição afirma que aquele foi um

dos principais desafios assumidos pela instituição naquele ano. Explicita que a mudança faz parte do processo de descentralização da saúde, bem como que a coexistência de diferentes modelos para qualificar a AB é uma necessidade. Na mesma revista, em entrevista, o presidente do Conasems confronta a tese discutida de que a aprovação do novo modelo seria responsável por colocar em risco a AB, localizando a fonte da proposta nos municípios, explicando ter sido resultado de intenso diálogo.

Figura 2. Linha do tempo: mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde no âmbito da CIT e do CNS no ano de 2017

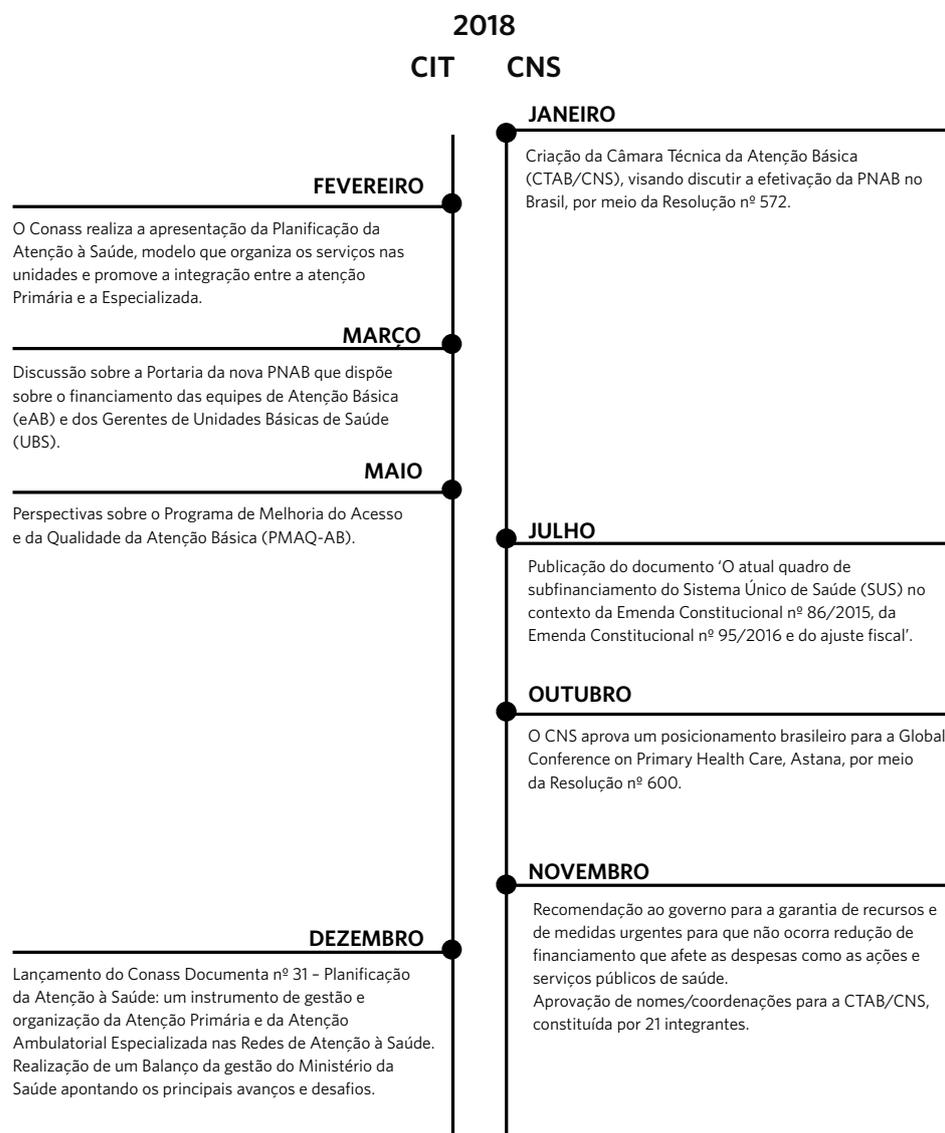


Fonte: elaboração própria.

Em 2018, seguiram-se repercussões quanto à aprovação da PNAB 2017, como mostra a *figura 3*. No âmbito do CNS, destaca-se a criação da Câmara Técnica da Atenção Básica (CTAB/CNS), com o objetivo de acompanhar as mudanças com a efetivação da nova PNAB.

Além disso, o CNS continuou se posicionando contrário às modificações da PNAB, principalmente no contexto de subfinanciamento após aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016.

Figura 3. Linha do tempo: mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde no âmbito da CIT e do CNS no ano de 2018



Fonte: elaboração própria.

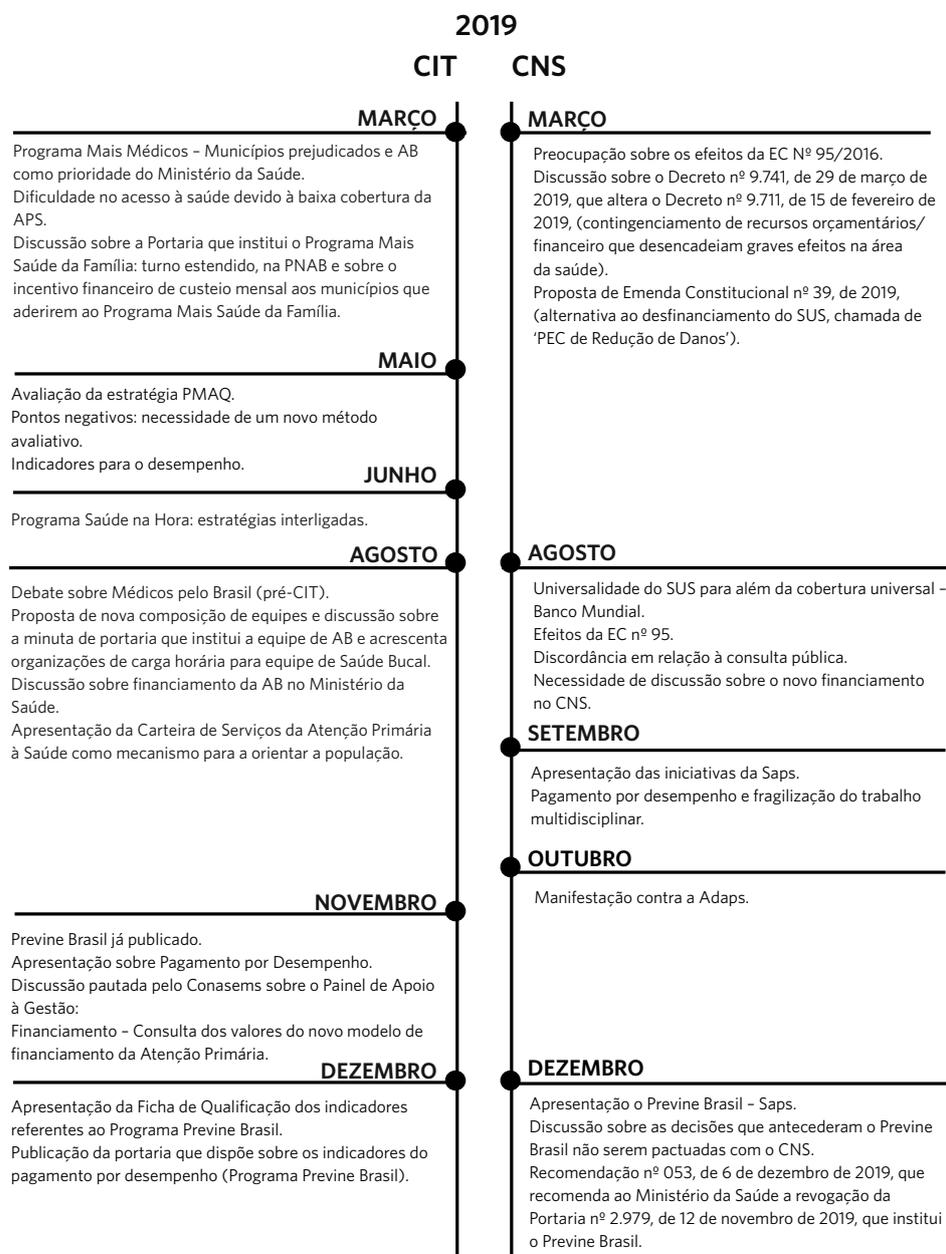
Na CIT, pactuou-se a portaria de financiamento das eAB e dos gerentes de UBS, de maneira que Conasems e Conass confluíram com o MS ao considerarem a instituição das eAB como elemento para fortalecer a AB. Discutiu-se ainda sobre porte básico das unidades de saúde no âmbito do Programa Requalifica UBS delineado pela PNAB 2017, na ocasião em que o Conasems referiu serem as secretarias municipais as responsáveis por pleitear a proposta, no sentido de garantir autonomia às gestões locais na definição da estrutura adequada às necessidades da comunidade³⁴. Uma pauta em destaque foi o programa de Planificação da Atenção à Saúde, iniciativa do Conass de qualificação da gestão da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada, com vista à organização dos macro e microprocessos das equipes de saúde nos governos subnacionais. Diante de preocupações quanto à qualidade e ao cronograma da avaliação, foi proposto na agenda de discussão da CIT elaborar nova proposta do PMAQ-AB a ser discutida em 2019^{35,36}.

A emergência do Previne Brasil na CIT e no CNS

A partir de 2019, instituíram-se novas propostas de alterações da AB, de modo a imprimir agendas paralelas nos espaços deliberativos do SUS, como esquematizado nas *figuras 4 e 5*.

Em março de 2019, o Secretário Executivo Adjunto do MS afirmou na 2ª RO da CIT que, segundo o novo Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, a APS seria uma prioridade da gestão³⁷. Anunciou querer a expansão da cobertura populacional atendida pelos municípios e a ampliação do número de equipes das unidades para melhorar o acesso. Apresentou ainda a intenção em aumentar a responsabilidade da União no cofinanciamento com mais autonomia para os gestores municipais na tomada de decisão. Ao MS, caberia cobrar resultados. Por fim, comentou sobre uma nova proposta de financiamento para a atenção primária, proposta esta que estaria disponível ao Conass e ao Conasems no mês de maio, para implementação em 2020, com objetivo de agregar resolutividade e potencializar o acesso.

Figura 4. Linha do tempo: mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde no âmbito da CIT e do CNS no ano de 2019



Fonte: elaboração própria.

Quanto à Certificação do PMAQ, pautada na 4ª RO da CIT, o Conasems reforçou a importância do programa, concebeu pontos negativos ao modelo de avaliação, principalmente em relação ao acesso a dados mais detalhados dos resultados dos municípios³⁸. A inconsistência nos dados foi uma das queixas dos gestores

municipais. Ao concordar, o MS apontou que as avaliações de indicadores de desempenho podiam evidenciar a qualidade dos serviços ofertados, mas não agregavam precisão na avaliação da estrutura das unidades. Nessa discussão, a recém-criada Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) colocou-se interessada

em alterar o monitoramento e avaliação; mudar a metodologia de avaliação para municípios de menor porte e em contexto de vulnerabilidade; instituir avaliação a partir de indicadores de desempenho. Reforçou que o orçamento público é limitado para compreender de forma eficaz todas as preocupações.

Em outro momento, o governo federal declarou que os recursos disponibilizados aos municípios seriam ampliados por meio de incentivos aos programas. Adiante, entraram em pauta o Programa Saúde na Hora, com o objetivo de ampliar o acesso por meio do funcionamento de unidades de saúde com horário estendido, e a proposta de uma Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSaps), colocada em consulta pública. De modo geral, Conasems e Conass demonstraram receptividade nas propostas de mudanças sugeridas pelo governo federal.

É importante esclarecer que existiam acordos prévios de assuntos apresentados na CIT. Apesar de o espaço institucional da Comissão prever desacordos, havia movimentos prévios de alinhamentos de interesses, conforme afirmou o Secretário da Saps: “A gente discutiu isso tanto no Conass como no Conasems, como nas reuniões que a gente faz toda terça feira, pré-CIT”³⁹.

No CNS, por outro lado, instituíram-se fortes discordâncias. Somente no segundo semestre, as alternativas para um novo financiamento da APS entraram na agenda. Opondo-se à exposição de representantes do Banco Mundial, conselheiros de saúde reafirmaram a possibilidade de associar sustentabilidade e eficiência do sistema com a proposta de solidariedade e seguridade social. Problematizou-se, na ocasião, a CaSaps. As deliberações intentaram aprofundar as pactuações com a CIT e com os Conselhos Estaduais e Municipais sobre a necessidade de debate da Carteira de Serviços, orientados na defesa das bases normativas do sistema universal de saúde⁴⁰.

Em setembro de 2019, em reunião tensa no CNS, a Secretária Substituta da Saps

valorizou as iniciativas da pasta: a portaria de desburocratização da ampliação de equipes de serviço; o Programa Saúde na Hora; o Programa Médicos pelo Brasil, substituto do Mais Médicos; e a proposta de nova formulação das equipes de atenção primária. Descreveu o desenho do novo financiamento que constituiria o Programa Previne Brasil. Sem pormenores, o CNS classificou a proposta da Saps como uma abordagem seletiva de APS, que priorizava cesta de serviços, com olhar restrito biomédico, voltado para a perspectiva da Cobertura Universal da Saúde, em que se aprofundavam iniquidades em saúde. Desaprovou o pagamento por desempenho, considerando a provável fragilização das equipes multidisciplinares, bem como criticou estratégias de indução financeira que desconsideravam os perfis epidemiológicos e o planejamento com a participação da comunidade. Por sua vez, o MS disse propor um modelo concentrado nas pessoas e na busca de soluções que ponderasse as limitações de recursos orçamentários. Apontou a inexistência de informações de mais de 50 milhões de brasileiros que não se encontravam cadastrados na eSF⁴¹.

Já em outubro, a proposição do MS de criar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) entrou em pauta no CNS. Conselheiros apresentaram preocupações sobre esvaziamento do papel das gestões municipais, haja vista a possibilidade de contratação de operadoras de serviço pela Agência, além da ausência de mecanismos de participação social na gerência da Adaps⁴². Dias depois, na 9ª RO da CIT, o programa Previne Brasil foi aprovado⁴³. Na ocasião, os representantes governamentais ressaltaram o processo participativo, que envolveu MS, estados e municípios. A realização de uma Assembleia conjunta entre Conass e Conasems foi mencionada. O Ministro Mandetta agradece ao “*Presidente Jair Bolsonaro pela oportunidade de compor uma equipe extremamente técnica*”.

Após o programa Previne Brasil ser instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, na 10ª RO da CIT, a mudança no

financiamento da APS foi novamente discutida, com base na perspectiva da minuta de portaria que dispunha sobre os indicadores do pagamento por desempenho⁴⁴. Um conjunto de 21 indicadores foi apresentado para avaliação da proporção de solicitação e de realização de exames para avaliar o desempenho das equipes. O secretário da Saps corroborou tal fato ao afirmar que o principal objetivo da mudança na AB foi “*tirar os times da zona de conforto*”. Afirmou que os municípios não seriam penalizados caso faltassem insumos. Nos casos de uma identificação clara e mensurável da justificativa, o pagamento deveria ser mantido. Entretanto, reforçou que os indicadores e as metas deveriam ser rigorosos; e os objetivos, com pactuação anual. Apesar de caracterizar as críticas das instituições acadêmicas sobre possíveis perdas de recursos para a Atenção Básica à Saúde como ‘*fake news*’, condicionou o repasse ao trabalho e à produtividade das equipes de cada município.

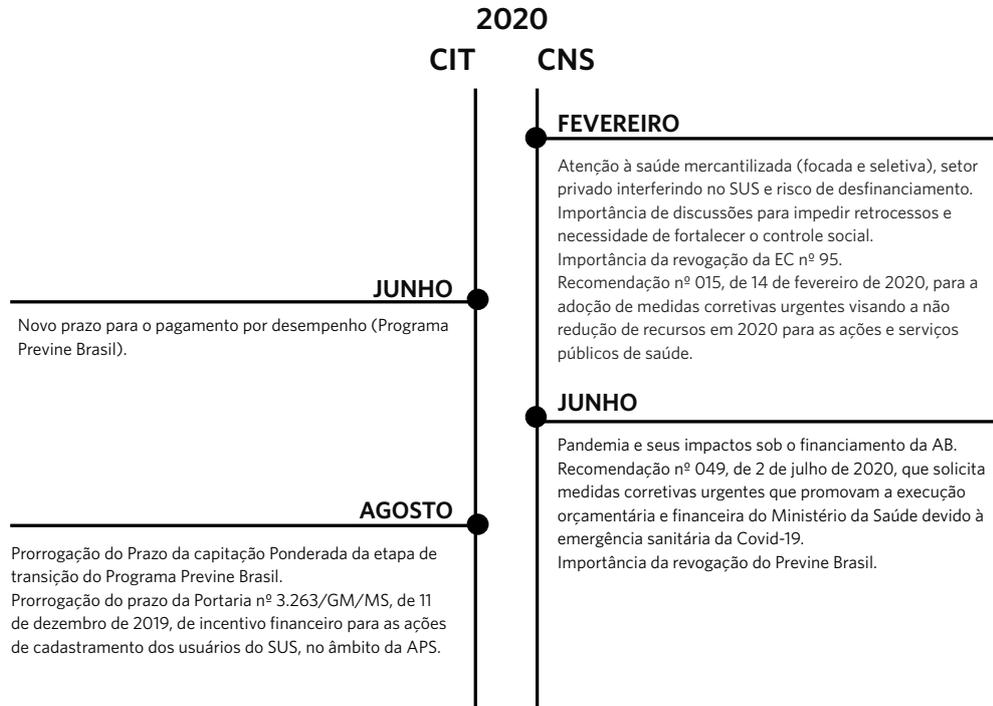
No final do ano, quando o modelo do Previne Brasil retornou ao CNS, os conselheiros contestaram a ideia de que a baixa produtividade e/ou a gestão são o maior obstáculo ao SUS, mas sim o seu subfinanciamento. Isso foi validado por pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) quando apresentou dados que sugeriam redução do piso para a saúde, considerando a passagem de um estado de subfinanciamento crônico para o de desfinanciamento do setor saúde⁴⁵.

A dicotomia entre cadastro e universalidade, entre produtividade e qualidade expressa os confrontos de concepções sobre o sistema. O CNS defendeu assiduamente não esvaziar os princípios e as diretrizes organizacionais do SUS. Foi enfatizado que as decisões sobre as mudanças antecedentes à nova proposta de financiamento da AB foram pactuadas sem inserir o CNS nas deliberações. Em contrapartida, o Conasems afirmou que a decisão foi tomada após várias discussões em reuniões com os secretários municipais de saúde, inclusive com a participação dos conselheiros de saúde.

Em síntese, no espaço da CIT, em 2019, o MS assumiu o papel de apresentar propostas já definidas, interligadas a fim de se construir um ambiente favorável à constituição de um novo financiamento. O Conass, em suas considerações, apreciou e concordou com as propostas. O Conasems, apesar de ter questionado algumas dificuldades enfrentadas pelos municípios, consentiu com as mudanças apresentadas pela equipe do Ministro Mandetta. Por certo, o CNS divergiu assiduamente das propostas apresentadas e advertiu ser grave a decisão sem considerar as deliberações do espaço de participação e controle social do SUS.

Logo ao início de 2020, as regras e os cronogramas de aplicação do Programa Previne Brasil foram afetados, considerando o Estado de Emergência Pública em função da pandemia da Covid-19.

Figura 5. Linha do tempo: mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde no âmbito da CIT e do CNS no ano de 2020



Fonte: elaboração própria.

A CIT de 2020, em grande medida, voltou-se para discutir as medidas e os recursos necessários para enfrentamento da emergência sanitária. Um diretor do Conasems, além de mencionar que não se esperava uma pandemia em meio à transição a uma nova proposta de modelo de financiamento da APS, apresentou dificuldades em relação aos sistemas de informações próprios e consequente migração dos dados das populações cobertas. Após debates, na CIT, pactuou-se estabelecer o CPF como suficiente para a identificação do indivíduo nos registros de saúde, a fim de garantir a integração de todas as bases nacionais e simplificar os cadastros de saúde para o pagamento por capitação. Em junho, foi definido o novo prazo do Programa Previne Brasil, que, apesar de prorrogar o 'cadastre já' até agosto de 2020, previu pagamento por desempenho pelos resultados obtidos nos indicadores pactuados no terceiro quadrimestre do ano. Entretanto, um recurso complementar foi estabelecido, uma vez que efeitos da pandemia

sobre o trabalho das equipes e no alcance das metas foram reconhecidos.

No CNS, reforçaram-se às incertezas no sentido de estruturar os serviços e garantir a multiprofissionalidade. Houve preocupações em relação à extinção dos repasses federais para os Nasf, também sobre a implantação de regras de financiamento focalizadas e centralizadas no cadastro da clientela. Diagnosticou-se um desmonte da estrutura de direito à saúde, seguridade social e proteção social. Criticou-se o apoio do Conasems e do Conass. Apontou-se que o próprio MS reconhece o decréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as novas regras do financiamento de custeio da APS. A situação epidemiológica devido à pandemia da Covid-19 teria rearranjado a dinâmica de gestão do SUS, aumentando a carga de trabalho do sistema. Isso aconteceria em contexto com menos recursos para a APS. Assim, pediu-se a revogação da Portaria que define o Programa Previne Brasil.

Ou seja, no CNS, predomina a crítica ao modelo de financiamento como proposto, visto que prioriza municípios que apresentam condições estruturais e de processo de trabalho adequados. Assim, aqueles com maiores vulnerabilidades teriam o processo avaliativo prejudicado, haja vista serem conduzidos por indicadores pontuais e desconectados do território.

Discussão

Ainda no governo de Dilma Rousseff (2011-2016), constatou-se uma conjuntura político-institucional desfavorável às políticas de saúde⁴⁶. Com o agravamento de crises que incidiram no afastamento e no impedimento da presidenta, o governo de Michel Temer (2016-2018) agiu para aprofundar medidas neoliberais com incidência no SUS. A principal delas foi o estabelecimento do Novo Regime Fiscal (EC nº 95), o qual, na prática, estabeleceu sérios limites às despesas primárias da União, reduzindo-as em relação ao PIB ou em termos per capita por 20 anos⁴⁷. Nesse contexto, deflagaram-se inflexões na PNAB.

A partir de 2019, consubstanciou-se ao governo Bolsonaro (2019-2022) a expressão de um governo autoritário, que se comportou como via de fragmentação de políticas sociais, aliado a um discurso de instrumentalização da razão e de tecnocracia disruptiva. Estabeleceu-se um ambiente de mudança na pasta da saúde, privilegiando propostas de focalização utilitária para a Atenção Básica à Saúde, contrapondo-se às ideias compartilhadas por ocasião da criação do SUS constitucional⁴⁸.

É importante notar que, no Brasil, parte do sucesso na implementação de políticas sociais se deve ao fato de o governo federal possuir prerrogativas que facilitam escolhas locais para convergir objetivos nacionais⁴⁹. Ou seja, embora o subfinanciamento público incida na APS^{50,51}, incentivos financeiros são fundamentais para induzir e expandir a oferta de serviços, programas e ações da ESF nas

unidades subnacionais^{52,53}. Quando regras são alteradas, as prioridades dos governos locais na gestão do sistema e, por conseguinte, a configuração da oferta dos serviços da rede de saúde podem ser proporcionalmente conduzidas às expressões definidas pelo formato do financiamento federal, dada a capacidade de o MS fazer valer suas predileções políticas, em cenário de responsabilidade concorrente e tripartite⁵⁴.

Criados por meio de legislações específicas, CNS e CIT são duas estruturas político-institucionais permanentes. Contudo, um conselho de participação política implica um processo de partilha do poder, em que atores estatais e atores da sociedade civil participam simultaneamente, presumindo controlar a ação do Estado decorrente das decisões e sanções em casos da não instauração do processo participativo⁵⁵. Por sua vez, as comissões intergestores se resguardam enquanto espaços de pactuação política, apresentando-se como organismos colegiados inclinados para o tensionamento da política guiados por uma especialização técnica dos representantes intergovernamentais⁵⁶. Os atores das duas arenas incorporam a expectativa de estabelecer os parâmetros das políticas públicas com a qual estão relacionadas.

Cabe ainda dizer que cada instância de deliberação do SUS possui especificidades. Arenas políticas traduzem diferentes expressões políticas, posto que elas predizem como atores se relacionam entre si por meio de redes de poderes assimétricas, estruturadas e mutáveis, além de, em dados momentos, conflituosas⁵⁷. No caso estudado, perceberam-se movimentos de coalizões entre MS, Conass e Conasems, que resultaram na pactuação do Previde Brasil na CIT. Por outra via, o CNS assumiu o papel de denunciar e contestar alterações no financiamento em face de outras medidas de fragilização do SUS.

A agenda de reformulação da política em análise esteve sob a posse da União, tal como se verifica desde os primeiros anos de implementação do SUS. A cooperação entre as

entidades associativas de representantes de governos municipais e estaduais mostrou-se explícita, embora com ‘razoável influência dos governos subnacionais’, como verificado em outros estudos⁵⁸. Por outra via, as alterações nos projetos políticos governamentais, demarcados a partir de 2016, incidiram em mudanças na atuação do CNS. Esse assumiu o papel declarado de oposição às iniciativas do MS, rompendo com uma tradição de alinhamento crítico às iniciativas governamentais⁵⁹. O caráter privatizante, mercadológico, seletivo e focalizado da proposta do Previner Brasil⁶⁰, tal como feito sob as proposições de alterações na PNAB, iniciadas em 2016, foi sistematicamente denunciado. Apesar da atuação ativa, a instância nacional de participação política no SUS apresentou marcada dificuldade em vetar as iniciativas saturadas de componentes político-ideológicos assumidos pelos governos federais em curso.

Considerações finais

As mudanças na política de saúde aliam-se à política de austeridade econômica com deslocamento do modelo de adscrição populacional para um formato individualizado e estratificado. A ambiência de mudança institucional, que é introduzida no contexto da Atenção Básica à Saúde, cumpre o papel de alterar os procedimentos e as práticas consentidas que permeiam as relações entre os sujeitos na aplicação da política, de maneira a conceber novos moldes de acesso e de trabalho.

Mudanças na PNAB, em 2017, seguidas da criação do Programa Previner Brasil, em 2019, foram defendidas pelos seus propositores como

uma boa solução para melhorar a distribuição de recursos, o acesso e a avaliação da qualidade na assistência. Entretanto, elas foram instituídas em um contexto de nítida fragilização do SUS. Constatou-se um processo de mudança institucional gradual com tênue descompasso entre os espaços de participação e controle social do SUS em relação ao espaço de gestão compartilhada entre os entes da federação. Se isso, por um lado, mostra a dinamicidade de atores sociais, com distintos movimentos de resistência e defesa do SUS, por outro, demonstra a sua limitação em influenciar ou bloquear decisões governamentais.

Dadas as escolhas metodológicas, o estudo não rastreou movimentações políticas e pactuações em arenas não institucionais de discussão, as quais também resguardam seu papel na *policy networks* e no estabelecimento de mudanças na política estudada.

Colaboradores

Mitros VMS (0000-0003-1465-7030)*, Rocha RN (0000-0003-4080-9560)* e Costa NGS (0000-0002-1489-2324)* contribuíram para definição do desenho de pesquisa, aquisição, análise e interpretação de dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Silva MRF (0000-0002-6086-6901)* e Mota MV (0000-0002-4486-1895)* contribuíram para a revisão crítica e aprovação final da versão a ser publicada. Araújo CEL (0000-0003-4322-8390)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho; análise dos dados; redação e revisão crítica do artigo, e aprovação final da versão a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Silva I. Desafios do financiamento da Atenção Primária à saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Prom. Saúde.* 2017; 30(1):110-17.
2. Mendes AA. A Atenção Básica no SUS e as pedras no seu caminho. *J. Manag. Primary Health. Care.* 2018; 9(18):1-6.
3. Castro ALB, Machado CVA. A política federal de Atenção Básica À Saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis.* 2012; 22(2):477-506.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União.* 21 Out 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 21 Set 2017.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 28 Mar 2006.
7. Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). *Rev. panam. salud pública.* 2018; 42(1):1-8.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 12 Nov 2019.
9. Neves RG, Flores TR, Duro SMS, et al. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. *Epidemiol. serv. saúde.* 2018; 27(3):1-8.
10. Souza MFM, Malta DC, França EB, et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2018; 23(6):1737-50.
11. Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, et al. Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trab. educ. saúde.* 2021; 19(1):1-28.
12. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate.* 2018; 42(106):11-24.
13. Freire DEWG, Freire AR, Gomes EH, et al. A PNAB 2017 e o número de agentes comunitários de saúde na atenção primária do Brasil. *Rev Saude Publica.* 2021; 55(1):85.
14. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc. saúde coletiva.* 2020; 25(4):1475-1481.
15. Morosini MVGC, Fonseca A, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad. Saúde Pública.* 2020. 36(9):1-20.
16. Laranja LS. Federalismo tridimensional: gestão participativa do SUS: deliberação e democracia nas CIBS e CIT como instrumentos de gestão. [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2018.
17. Leandro JG, Menicucci TMG. Governança federativa nas políticas de saúde e assistência social: processo decisório nas Comissões Intergestores Tripartite (2009-2012). *Revista do Servidor Público.* 2018; 69(4):817-848.

18. Cunha ESM, Araújo CEL. *Process tracing nas Ciências Sociais: fundamentos e aplicabilidade*. Brasília, DF: Enap; 2018.
19. Trampusch C, Palier B. *Between X and Y: how process tracing contributes to opening the black box of causality*. *New Polit. Economy*. 2016; 21(5):437-54.
20. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 14 Mar 2021.
21. Brasil. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 31 Dez 1990.
22. Conselho Nacional de Saúde. Ata da Reunião Ordinária nº 279 do dia 17 e 18 de março de 2016. Brasília, DF: CNS; 2016. 11 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/atas/2016/Ata279.doc>.
23. Conselho Nacional de Saúde. Ata da Reunião Ordinária nº 281 do dia 05 e 06 de maio de 2016. Brasília, DF: CNS; 2016. 38 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/atas/2016/Ata281_RO.docx.
24. Conselho Nacional de Saúde. Ata da Reunião Ordinária nº 278 do dia 16 de abril de 2016. Brasília, DF: CNS; 2016. 29 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/atas/2016/Ata278_RO.doc.
25. Comissão Intergestores Tripartite. *Resumo Executivo da 2ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite*. Brasília, DF: CIT; 2016. 37 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2016/abril/resumo-executivo-28-04-2016.pdf/view>.
26. Comissão Intergestores Tripartite. *Resumo Executivo da 6ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite*. Brasília, DF: CIT; 2016. 15 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2016/outubro/resumo-executivo-20-10-2016.pdf/view>.
27. Comissão Intergestores Tripartite. *Resumo Executivo da 3ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite*. Brasília, DF: CIT; 2016. 30 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2016/junho/resumo-executivo-30-06-2016.pdf/view>.
28. Comissão Intergestores Tripartite. *Resumo Executivo da 7ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite*. Brasília, DF: CIT; 2017. 23 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2017/julho/resumo-cit-julho.pdf/view>.
29. Comissão Intergestores Tripartite. *Resumo Executivo da 1ª Reunião Extraordinária da Comissão Intergestores Tripartite*. Brasília, DF: CIT; 2017. 13 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2017/agosto/resumo-cit-17-08-2017.pdf/view>.
30. Conselho Nacional de Saúde. Ata da Reunião Ordinária nº 297 do dia 14 e 15 de setembro de 2017. Brasília, DF: CNS; 2017. 41 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/atas/2017/Ata_297_RO.pdf.
31. Conselho Nacional de Saúde. Ata da Reunião Ordinária nº 298 do dia 05 e 06 de outubro de 2017. Brasília, DF: CNS; 2017. 33 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/atas/2017/Ata_298_RO.docx.

32. Conselho Nacional de Saúde. Ata da Reunião Ordinária nº 299 do dia 09 e 10 de novembro de 2017. Brasília, DF: CNS; 2017. 37 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/atas/2017/Ata_299_RO.pdf.
33. Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde. Editorial. Rev. Conasems. 2017 [acesso em 2023 jan 25]; (70):1-56 Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/12/revista_conasems_edicao70_Tela.pdf.
34. Comissão Intergestores Tripartite. Resumo Executivo da 3ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, DF: CIT; 2018. 19 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2018/marco/resumo-executivo-cit-marco-2018.pdf/view>.
35. Comissão Intergestores Tripartite. Resumo Executivo da 5ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, DF: CIT; 2018. 17 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2018/maio/resumo-cit-maio-versao-final.pdf/view>.
36. Comissão Intergestores Tripartite. Resumo Executivo da 10ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, DF: CIT; 2018. 11 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2018/dezembro/resumo-cit-dezembro-2018.pdf/view>.
37. Comissão Intergestores Tripartite. Resumo Executivo da 2ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, DF: CIT; 2019. 14 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2019/marco/resumo-cit-marco.pdf/view>.
38. Comissão Intergestores Tripartite. Resumo Executivo da 4ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, DF: CIT; 2019. 14 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2019/maio/resumo-cit-maio.pdf/view>.
39. Comissão Intergestores Tripartite. Resumo Executivo da 5ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, DF: CIT; 2019. 12 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2019/junho/resumo-cit-junho.pdf/view>.
40. Conselho Nacional de Saúde. Ata da Reunião Ordinária nº 320 do dia 22 e 23 de agosto de 2019. Brasília, DF: CNS; 2019. 41 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/atas/2019/Ata_da_320_RO.pdf.
41. Conselho Nacional de Saúde. Ata da Reunião Ordinária nº 321 do dia 12 e 13 de setembro de 2019. Brasília, DF: CNS; 2019. 30 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/atas/2019/Ata_da_321_RO.pdf.
42. Conselho Nacional de Saúde. Ata da Reunião Ordinária nº 322 do dia 10 e 11 de outubro de 2019. Brasília, DF: CNS; 2019. 33 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/atas/2019/Ata_da_322_RO.pdf.
43. Comissão Intergestores Tripartite. Resumo Executivo da 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, DF: CIT; 2019. 7 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2019/outubro/resumo-cit-outubro.pdf/view>.
44. Comissão Intergestores Tripartite. Resumo Executivo da 10ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, DF: CIT; 2019. 12 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2019/marco/resumo-cit-marco.pdf/view>.

br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2019/novembro/resumo-cit-novembro.pdf/view.

45. Conselho Nacional de Saúde. Ata da Reunião Ordinária nº 324 do dia 05 e 06 de dezembro de 2019. Brasília, DF: CNS; 2019. 38 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/atas/2019/Ata_da_324_RO.pdf.
46. Reis CR, Paim JS. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). Divulg. Saúde debate. 2018; 1(58):101-114.
47. Menezes APR. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública - austeridade versus universalidade. Saúde debate. 2019; 43(5):58-70.
48. Miranda AS. A focalização utilitária da Atenção Primária à Saúde em viés tecnocrático e disruptivo. Saúde debate. 2020; 44(127):1214-1230.
49. Abrucio FL. Reforma do Estado no federalismo brasileiro: a situação das administrações públicas estaduais. RAP. 2005; 39(2):401-20.
50. Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? Ciênc. saúde coletiva. 2003; 8(2):403-415.
51. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde. Cad. Saúde Pública. 2018; 34(8):1-8.
52. Mendes A, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2014; 38(103):900-916.
53. Pinto HA. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. Saúde Redes. 2018; 4(1):35-53.
54. Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. Ciênc. saúde coletiva. 2003; 8(2):331-45.
55. Avritzer L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. Opin. pública. 2008; (14):43-64.
56. Ribeiro JM. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Pública. 1997; 13(1):81-92.
57. Cortes SV. 30. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. Cad. Saúde Pública. 2009. 25(7):1626-1633.
58. Menicucci TM, Costa LA, Machado JA. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. Ciênc. saúde coletiva. 2018; 23(1):29-40.
59. Temoteo-da-Silva B, Lima IM. Análise política da atuação do Conselho Nacional de Saúde na construção da política de saúde no Brasil no período de 2014-2017. Interface (Botucatu). 2022; (26):e210582.
60. Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos AL. Programa Previner Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? Ciênc. saúde coletiva. 2021; 26(supl2):3781-6.

Recebido em 13/01/2023

Aprovado em 03/05/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve