

SER Social

COMUNICAÇÕES E
POLÍTICAS SOCIAIS

Brasília (DF), v. 27, nº 56, de janeiro a julho de 2025

O reformismo neoliberal na atenção básica à saúde brasileira entre 2017 e 2022

*Neoliberal reformism in brazilian primary health
care between 2017 and 2022*

*El reformismo neoliberal en la atención primaria
de la salud brasileña entre 2017 y 2022*

Bruno Reis de Oliveira¹

<https://orcid.org/0000-0002-2015-1231>

Ricardo Carneiro²

<https://orcid.org/0009-0005-4111-2636>

Flávia de Paula Duque Brasil³

<https://orcid.org/0000-0003-3070-7050>

Recebido em: 31/01/2024

Aprovado em: 08/07/2024

1 Administrador público. Mestrando em Administração Pública na Fundação João Pinheiro (FJP). Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Currículo Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/1370174692249108>>. E-mail: <bruno.saudemg@gmail.com>.

2 Matemático. Doutor em Ciências Humanas (Sociologia e Política) pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Pesquisador em Ciência e Tecnologia na Fundação João Pinheiro (FJP). Currículo Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/6739881018308220>>. E-mail: <ricardo.carneiro@fjp.mg.gov.br>.

3 Arquiteta-urbanista. Doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora na Fundação João Pinheiro (FJP). Currículo Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/4666930977365902>>. E-mail: <flavia.brasil@fjp.mg.gov.br>.

Resumo: O artigo aborda as reformas introduzidas na Política de Atenção Básica à Saúde do Brasil à luz das proposições reformistas subjacentes ao *new public management* (NPM) a partir de 2017, no contexto da crise política e democrática no qual se aprofundou a incorporação da agenda neoliberal nas políticas públicas. A metodologia adotada fundamentou-se em uma revisão da literatura de conveniência, com foco no campo recente da Saúde Coletiva no período de 2017 a 2022, abordada de forma dialogada com os desenvolvimentos teóricos do NPM, a fim de produzir uma síntese aplicada sobre o reformismo neoliberal no País, notadamente no Sistema Único de Saúde (SUS). Como conclusões, apontam-se limitações no alcance das promessas das reformas, ao lado de retrocessos e prejuízos aos direitos de saúde da população, como perda da universalidade e da integralidade, que constituem princípios-chave do SUS instituídos pela Constituição Federal de 1988.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde; nova gestão pública; neoliberalismo.

Abstract: The article discusses the reforms introduced in Brazil's Primary Health Care Policy in light of the reformist propositions underlying new public management (NPM) from 2017 onwards, in the context of a political and democratic crisis in which the incorporation of the neoliberal agenda into public policies has deepened. The methodology adopted was based on a literature review of convenience, focusing on the recent field of public health in the period from 2017 to 2022, approached in a dialogical way with the theoretical developments of the NPM, in order to produce an applied synthesis on neoliberal reformism in the country, notably in the Unified Health System (SUS). The conclusions point to limitations in achieving the promises of the reforms, as well as setbacks and damage to the population's health rights, such as the loss of universality and comprehensiveness, which have been key principles of the SUS since the 1988 Federal Constitution.

Key-words: Primary Healthcare; new public management; neoliberalism.

Resumen: El artículo discute las reformas introducidas en la Política de Atención Primaria de Salud de Brasil a la luz de las propuestas reformistas subyacentes al *new public management* (NPM) a partir

de 2017, en el contexto de una crisis política y democrática en la que se ha profundizado la incorporación de la agenda neoliberal en las políticas públicas. La metodología adoptada se basó en una revisión bibliográfica de conveniencia, centrada en el campo reciente de la salud pública en el período de 2017 a 2022, abordada en diálogo con los desarrollos teóricos de la NGP, con el fin de producir una síntesis aplicada sobre el reformismo neoliberal en el país, en particular en el Sistema Único de Salud (SUS). Las conclusiones señalan limitaciones en el cumplimiento de las promesas de las reformas, así como retrocesos y daños a los derechos de salud de la población, como la pérdida de universalidad e integralidad, principios fundamentales del SUS desde la Constitución Federal de 1988.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; nueva gestión pública; neoliberalismo.

Introdução

Desde o golpe em 2016 contra a presidenta Dilma Rousseff (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021), o Brasil vê acirrar a agenda conservadora neoliberal nas várias dimensões de ação estatal. Tal cenário aprofundou as pressões de mercado e da crise política e democrática, abrindo espaço para a implantação de uma cartilha reformista – um contraponto aos dispositivos sociais de natureza antiliberal da Constituição Federal de 1988 (CF/88) (JACCOUD, 2021).

Tomando como ponto de partida tal cenário, este artigo aborda as iniciativas recentes de mudanças introduzidas na Política de Atenção Básica à Saúde (AB)⁴ do Brasil à luz das proposições reformistas subjacentes ao *new public management* (NPM). O objetivo é identificar criticamente as consequências do referido processo reformista, evidenciando problemas dele decorrentes ou não superados. Busca-se contribuir com as produções no campo da análise das políticas de AB, ampliando o escopo de tais reflexões a partir do aporte teórico do neoliberalismo e, mais especificamente, do gerencialismo do NPM.

4 Aqui, optou-se por utilizar a designação tradicional “Atenção Básica à Saúde” (AB), diante da mais atual “Atenção Primária à Saúde” (APS), que, segundo Baptista, Fausto e Cunha (2009 *apud* MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020), adota uma perspectiva internacional e ignora a construção do caráter universal e integral que marcam a AB no País.

Metodologicamente, o artigo apoia-se em revisão de bibliografia recente do campo da Saúde Coletiva no País, com foco nas últimas mudanças da política de AB. Foram levantados referenciais, que contribuem para a compreensão das proposições reformistas na Saúde, produzidos principalmente entre 2017 e 2022, bem como contribuições acadêmicas que problematizam o NPM e o enfoque neoliberal das reformas.

O artigo estrutura-se em três seções, além desta introdução e das considerações finais. A primeira seção trata do contexto e das bases teóricas do NPM e do movimento reformista na Saúde brasileira. Na segunda, discorre-se sobre as reformas implementadas na AB entre 2017 e 2022. Na sequência, procede-se a uma abordagem crítica das referidas mudanças, de inspiração neoliberal, à luz do gerencialismo que marca o NPM.

O *new public management* (NPM) e suas bases no reformismo estatal

Após o golpe de 2016, o primeiro grande retrocesso na agenda social, na fase de regulamentação pela via das políticas setoriais incorporadas pelo texto constitucional, materializa-se na chamada “Emenda do Teto de Gastos”. Com ela, as despesas com saúde foram desvinculadas das receitas constitucionais, fixando-se um novo regime fiscal, orientado por um teto para o crescimento de gastos públicos pelos 20 anos subsequentes ao da sua aprovação⁵ (JACCOUD, 2021; MASSUDA, 2020).

É importante lembrar que a União tem, historicamente, um papel federativo de relevância no financiamento das ações e dos serviços de saúde no âmbito do montante total do Sistema Único de Saúde (SUS). A sua participação no gasto público com saúde, que representou 75% dos recursos públicos para o setor em 1980 (CUNHA, 2021), apesar de vir decrescendo, ainda é significativa: da ordem de 43,2% do total em 2015 (MENDES; FUNCIA, 2016) e 42,2% em 2019 (BRASIL, 2021).

⁵ Na prática, decretou-se o congelamento do nível de gastos com saúde para o Governo Federal, que seria reajustado somente pela inflação. Segundo um relatório do Banco Mundial, a implementação da regra de gastos da EC nº 95 representa uma necessidade de reduzir em 25% o orçamento federal das despesas primárias federais em dez anos, nas quais se incluem as despesas de saúde (WORLD BANK GROUP, 2017).

Além dos seus impactos orçamentários gerais, as pautas reformistas elegeram a AB como área preferencial, dando ênfase ao protagonismo de atores de mercado e ao redesenho das políticas. Tais iniciativas são embasadas por concepções neoliberais pró-eficiência, que dialogam com determinados diagnósticos de atores alinhados com as ideologias de mercado, que apontam “[...] ineficiências significativas nas despesas com saúde no Brasil em comparação ao desempenho de outros países” (WORLD BANK GROUP, 2017, p. 111), que marcariam a saúde pública brasileira, segundo o Banco Mundial.

Tal noção de eficiência é criticada, visto que parte de uma visão instrumental da economia de recursos para aferir o desempenho, particularmente na produção de políticas públicas.⁶ Todavia, apesar das críticas, diagnósticos como os do Banco Mundial alinham-se ao reformismo neoliberal, no qual se inscrevem as proposições do NPM, que emerge a partir dos anos de 1980, ao ditar a imagem de um Estado ineficiente e desconectado da população. Tal visão forneceu as bases para a agenda do reformismo “[...] de orientação pró-mercado, focada na redução do escopo da intervenção do Estado na economia e na concomitante reestruturação de seu aparato organizacional e dos mecanismos de que dispõe para governar” (CARNEIRO; MENICUCCI, 2011, p. 11), que será aplicada nas políticas sociais e, por conseguinte, na AB do País nos anos recentes.

Segundo Carneiro e Menicucci (2011), a designação NPM, cunhada por Christopher Hood, identifica um fenômeno já difundido de mudanças na administração pública dos países industrializados, como desdobramento da perda de dinamismo econômico dos anos de 1970. É uma designação *a posteriori* e que, portanto, teve origem a partir dos anos de 1980 e, no Brasil, a partir dos anos de 1990. Em suma, pode-se dizer que o NPM consiste em

[...] um amplo movimento reformista no aparelho do Estado que, em linhas gerais, propagava um conjunto de mudanças deliberadas de estruturas e processos nas organizações do setor público com o objetivo de obter melhores desempenhos. Trata-se de um modelo prescritivo

6 A referida “eficiência” ignora, por exemplo, os resultados alcançados pelo SUS, que, apesar de subfinanciado, garante a existência de um sistema que alcança só metade do percentual do “gasto público/PIB” em relação aos demais países com sistemas universais de saúde. Ou seja, o SUS possui alto grau de eficiência dentre os sistemas universais de saúde (SOUSA; MENDES, 2023).

pós-burocrático para a estruturação e o gerenciamento da máquina pública baseado nos princípios e nas diretrizes de eficiência, eficácia e competitividade e em instrumentos de gestão oriundos de organizações privadas (CHRISTENSEN, LÆGREID, 2007; GOLDFINCH & WALLIS, 2009; ONGARO, 2009 *apud* CAVALCANTE, 2017, p. 13-14).

A ideia central do NPM é a necessidade de conferir maior eficiência e agilidade à administração pública, tomando como ponto de partida as críticas dirigidas ao Estado sobre sua dimensão funcional que – conforme o pensamento neoliberal e os fundamentos da economia neoclássica – apontam o aprofundamento da crise fiscal de um Estado hipertrófico, com *déficit* público crescente, que, do ponto de vista organizacional, estão fundadas em uma consideração reticente sobre o modelo burocrático, que deveria ser substituído por um novo paradigma de cunho gerencial (CARNEIRO; MENICUCCI, 2011).

Com o tempo, o movimento inicial do NPM foi incorporando novas motivações, passando da busca por redução do gasto público para a orientação por resultados, o aumento da qualidade dos serviços com foco no empoderamento do cidadão (PACHECO, 2010), a *accountability* e a transparência, que não chegam a equacionar os *déficits* democráticos do modelo (CARNEIRO; MENICUCCI, 2011).

Um dos fundamentos da reforma introduzida pelo NPM aponta para a transferência de funções públicas para entidades não governamentais ou mesmo para entidades paraestatais – pessoas jurídicas de direito privado, legalmente autorizadas à prestação de serviços de interesse público não exclusivos do Estado –, como as organizações sociais (OS) e os chamados serviços sociais autônomos (SSA) (notadamente, os de segunda geração⁷) ou “derivados”, que possuem atuação ampliada, incluindo apoio na execução de políticas públicas exclusivas do Estado, que, diferentemente das OS, que são privadas e contratadas por via de contratos de gestão, são instituídos por lei (TONI, 2022).

Entre os formuladores de políticas públicas, a cultura do gerencialismo do NPM tem estimulado a opção pela paraestatalidade

7 Os SSA de primeira geração, também chamados de “sindicais”, têm origem nos anos de 1940 e foram instituídos para responder à formação da força de trabalho e ao suprimento de demandas na assistência social. Inicialmente, surgiram sob o Sistema S (Senai, Senac, Sesi e Sesc), expandindo-se, anos depois, para outras áreas, como as das cooperativas (Sescoop), das micro e pequenas empresas (Sebrae) e dos transportes (Sest e Senat) (TONI, 2022).

como alternativa para obter maiores ganhos de eficiência e redução de custos, além de corrigir problemas clássicos da operação burocrática estatal – como rigidez, baixa flexibilidade e adaptação, incompletude informacional, captura etc. –, sem perder de vista, na sua perspectiva, os princípios da administração pública: transparência, isonomia, impessoalidade, moralidade (TONI, 2022).

No campo da Saúde Pública brasileira, dentre as entidades paraestatais, têm maior relevância as organizações sociais de saúde (OSS). Segundo o censo das OSS de Barcelos *et al.* (2022), em 2018 eram 1.015 hospitais geridos por OSS, o que representava 1,4% dos estabelecimentos públicos de saúde do País. Do total de serviços contratados como OSS, 23% eram hospitais e 41,2% eram centros de saúde.⁸

Também há experiências de implantação de SSA, como a mantenedora da Rede Sarah de Saúde. Um levantamento realizado por Cunha Júnior *et al.* (2018) até dezembro de 2017 aponta que existiam cinco SSA na área da Saúde no País, sendo que o referido formato tem sido considerado por gestores públicos como uma alternativa às amarras normativas da administração pública, em especial na prestação dos serviços de saúde (CUNHA JÚNIOR *et al.*, 2018).

Outra marca do gerencialismo introduzido pelo NPM foi a gestão por resultados. Os anos de 1990, segundo Behn (2002), foram marcados pelos esforços de melhoria do desempenho dos organismos públicos para aprimorar os resultados produzidos pelos governos, em detrimento de uma gestão pautada em regras e processos. Além disso, a Psicologia Social, a partir da experiência nas organizações privadas, forneceu um arcabouço de ferramentas e técnicas para estimular a melhoria de desempenho nas organizações, principalmente a partir de fundamentos econômicos dos incentivos de mercado (BEHN, 2002), como os financeiros, o que foi apropriado pelos movimentos de reforma.

A onda reformista da AB na gestão federal entre 2017 e 2022

A CF/88 inaugurou uma nova política de saúde do Brasil, atribuindo-lhe caráter universal, de integralidade da atenção, de participação popular, com comando único em cada esfera de governo, de financiamento

8

Estabelecimentos que prestam serviços de AB.

federativo compartilhado e descentralizado na assistência (COSTA, 2002). Em relação ao financiamento, um dos grandes destaques da legislação infraconstitucional foi a criação do Piso da Atenção Básica (PAB) em 1998, recurso pactuado de forma tripartite e descentralizado pela primeira vez para todos os municípios brasileiros (MENDONÇA, 2023), o que, por isso mesmo, serviu decisivamente à expansão e ao aumento da qualidade da AB (BARBOSA *et al.*, 2016; MASSUDA, 2020).

O PAB é dividido em componente fixo (estabelecido em valores *per capita*) e variável (que serve como indutor à implantação de ações estratégicas federais da AB). Em 2006, foi instituída a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que adicionou recursos ao PAB variável para incentivar a implantação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) (MASSUDA, 2020; MENDONÇA, 2023), definindo a opção pelo modelo de atenção individual e coletiva, de base territorial, adotado no sistema brasileiro.

Em 2008, foi instituído o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com financiamento específico: equipes formadas por profissionais de múltiplas formações, que deveriam atuar de forma integrada, para dar suporte à atuação das equipes da ESF, objetivando melhorar a resolutividade, a abrangência e o escopo das ações da AB.

Por fim, em 2011, foi revista a PNAB, adicionando-se critérios de vulnerabilidade para o cálculo *per capita* do PAB fixo. Além disso, no mesmo ano, foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), ao qual se vincularam recursos do PAB variável ao desempenho das equipes da ESF (MASSUDA, 2020), em caráter de remuneração complementar. Assim, o PMAQ representou o início de uma política de estímulo à melhoria do acesso e da qualidade na AB, a partir de padrões pactuados de forma tripartite pelos entes federados, de maneira que vinculou recursos do PAB variável ao desempenho das equipes, ampliando o repasse total de recursos (BARBOSA *et al.*, 2016).

Após anos de construção e consolidação do referido modelo de atenção e de financiamento da AB, a partir de 2017 teve início o processo de reformas na política setorial no nível federal, com inspiração nos fundamentos neoliberais introduzidos pelo NPM décadas atrás. A nova PNAB reconfigurou o sistema, bem como a composição, o escopo e o processo de trabalho de equipes, o que acarretou consequências diretas sobre o direito à saúde e o modelo de atenção.

Marcada pela ausência de diálogo com a sociedade civil e com entidades tradicionais, dentre outros aspectos, a PNAB 2017: (I) promoveu a relativização da universalidade da AB, uma vez que a cobertura de 100% deveria estar restrita a áreas específicas; (II) incentivou a segmentação da oferta do cuidado, criando padrões de serviços “básicos” e “ampliados”; e (III) retirou a centralidade da ESF na organização do cuidado, retomando a visão da AB tradicional, ao flexibilizar as regras de composição das equipes e da sua carga horária (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Ela também introduziu a remuneração dos profissionais das equipes de AB e tornou facultativa a presença de profissionais como dentistas e técnicos de saúde bucal (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

Segundo Morosini, Fonseca e Lima (2018), a PNAB 2017 tornou possível, ainda, compor equipes da ESF com apenas um agente comunitário de saúde (ACS),⁹ o que contribuiu para a corrosão do princípio da universalidade do SUS. A ESF foi definida como principal estratégia de organização do modelo, mas, ambigualmente, a PNAB 2017 abriu a possibilidade de se implantarem outras estratégias concorrenciais, o que, com a flexibilização da carga horária dos profissionais das equipes de AB tradicional, favoreceu a adesão a este último modelo, em detrimento da ESF.

Embora proposta sob o argumento de conferir maior liberdade aos municípios para a composição do arranjo da AB segundo as especificidades locais, na prática não houve contrapartida financeira que dotasse os gestores de real autonomia e responsabilidade. A integralidade também se viu comprometida com o estabelecimento dos serviços “essenciais” e “ampliados”, o que, com a replicação de estruturas de atendimento de cuidado mínimo e seletivo, induziu a segmentação e a fragmentação, ou seja, problemas clássicos dos sistemas de saúde pelo mundo (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Entretanto, as reformas recentes do sistema de AB de escopo mais amplo ocorreram em 2019. Naquele contexto, o reformismo recaiu sobre três pontos estruturais da política setorial, como apontam Morosini, Fonseca e Baptista (2020): financiamento, regulação e prestação de serviços. Em relação ao financiamento, a reforma aconteceu sob a designação do chamado Previne Brasil, que agravou a alteração na lógica indutiva da organização da política de saúde. O citado programa

9 Anteriormente, as equipes consideravam 100% de cobertura da população na oferta de ACS e um máximo de 750 pessoas por agente comunitário de saúde.

extinguiu o PAB fixo e variável, introduziu a fórmula da *capitação*¹⁰ na aferição dos repasses federais (com base no número de pessoas cadastradas pelos serviços de AB municipais) e passou a remunerar o município a partir de uma nova lógica de desempenho das equipes,¹¹ o que, antes, funcionava em caráter de remuneração complementar (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

A norma¹² que criou o programa cita a ponderação da população cadastrada por critérios socioeconômicos e demográficos e a remuneração pela via de incentivos financeiros de adesão às prioridades do Ministério da Saúde (MS). Tal estratégia de capitação de base cadastral fere a perspectiva universalizante da AB, criando uma atenção baseada no indivíduo cadastrado, promovendo um modelo focalizante, na contramão da construção histórica do modelo de saúde brasileiro (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). Além disso, a abrangência da AB se viu ameaçada com a extinção do financiamento das equipes dos NASF no modelo de financiamento do Previne Brasil (MASSUDA, 2020).

É importante pontuar a ausência de articulação e diálogo na implantação da referida proposta – prática já vista quando da implantação da PNAB 2017. No caso do Previne Brasil, nem mesmo na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – fórum interfederativo de governança para pactuação de políticas e recursos do SUS – houve a apresentação da proposta ou dos impactos esperados (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). Estudos realizados àquela altura pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems/RJ) e pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (Cosems/SP) apontaram para uma perda financeira de 3% para o primeiro estado e de 25% para o segundo sobre os valores recebidos para o financiamento da AB em 2018, considerando o cenário ótimo de 100% da população cadastrada (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020; SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

Sobre o financiamento baseado no desempenho, o histórico e os aprendizados do PMAQ como instrumento de avaliação de desempenho foram negligenciados, de modo a que se criasse outra lógica de remuneração por desempenho que não incorporasse a dimensão da avaliação dos

10 O termo “capitação” não tem relação com “captação” (“ato de captar”) e nem com “impor ou exigir capitação” (“imposto”), uma vez que deriva de “*per capita*”, ou seja, “por pessoa”.

11 Em 2021, foi reintroduzido um componente de financiamento com base em critério populacional, a fim de corrigir os problemas decorrentes da extinção do referido critério pela reforma.

12 Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.

processos de trabalho (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). Em relação aos indicadores avaliados das equipes, aponta-se para um escopo pautado por práticas “médico-centradas”, sem estímulo à promoção à saúde ou à ampliação da abrangência do cuidado, características da AB (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). Nesse sentido, além do cadastro – fundamento da estratégia da capitação –, foram estabelecidos sete indicadores para compor o pagamento por desempenho. Trata-se de indicadores de natureza biomédica e com critérios padronizados, que não expressam a variação de situações que são objeto da AB (COSTA; SILVA; JATOBÁ, 2022).

Em complemento, apenas a partir de 2022 houve a pactuação de metas com aferição dos indicadores no Previne Brasil, sendo que, no período de 2020 e 2021, a decisão de implantação do pagamento por desempenho foi sistematicamente prorrogada, mantendo-se o pagamento integral. Mesmo em 2022 houve redução do escopo para apenas dois indicadores avaliados em dois quadrimestres. Tal prática reiterada afetou a mobilização dos municípios para a execução de ações de AB e ainda impede uma aferição de benefícios à sociedade do novo modelo de financiamento desenhado (COSTA; SILVA; JATOBÁ, 2022).

Outro eixo do reformismo de 2019 – a regulação – foi fruto de uma medida provisória,¹³ que foi convertida em lei¹⁴ pelo Congresso Nacional e instituiu o Programa Médicos pelo Brasil (PMB), autorizando a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS)¹⁵ – um SSA (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). Trata-se de uma instituição que recupera o modelo de parcerias para a provisão de serviços com perspectiva gerencialista, ao facultar à ADAPS a prerrogativa de contratar instituições privadas, as quais passariam a acessar volumosos e estáveis montantes de recursos públicos do SUS (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Em 2023, em um movimento que parece o início de uma contrarreforma federal, a ADAPS teve suas funções redefinidas¹⁶ e passou a se chamar Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS), com atuação na execução de políticas de atenção à saúde indígena e básica, o que representou uma alteração de seu principal escopo. Entre

13 Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019.

14 Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019.

15 Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020.

16 Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023.

as mudanças na nova AGSUS encontra-se a vedação de aferição de receitas de aplicação financeira realizada pela agência.

Por fim, em relação à prestação de serviços, foi consolidada a Carteira de Serviços para a APS¹⁷ (CaSAPS), uma tentativa de estabelecer uma lista de procedimentos centrados principalmente em patologias para a AB. Segundo Morosini, Fonseca e Baptista (2020), trata-se de um mecanismo fundamental para a precificação, que permitiria aprofundar a privatização do setor, no bojo das iniciativas reformistas autorizadas com a criação da ADAPS. Além disso, as autoras chamam a atenção para o caráter de estabelecimento de serviços “mínimos”, reforçado pelo estabelecimento do “cardápio” de ações e serviços de padrão essencial (básico) e ampliado (estratégico) previstos desde a PNAB 2017.

Reformas da AB pós-2017 à luz do gerencialismo do NPM

A agenda da Saúde Pública brasileira, como visto, se viu atravessada, a partir de 2017, por iniciativas de cunho reformista na direção dos antigos preceitos neoliberais de natureza gerencialista e de busca por eficiência no setor público. Entretanto, conforme apontam Pollit e Bouckaert (2011 *apud* CAVALCANTE, 2017), as reformas gerenciais empreendidas nos diversos países mostram que seus resultados são bastante díspares e acabam refletindo mais uma espécie de profissão de fé do que ciência comprovada. Na reforma brasileira em questão, a experiência aponta para a mesma direção.

A capitação ponderada e a avaliação de desempenho do Previner Brasil são instrumentos já utilizados por sistemas públicos de saúde, cujo expoente é o modelo inglês, que lhe serviu de referência. A diferença entre tais experiências reside no fato de que, no Reino Unido, os instrumentos de capitação e avaliação servem à remuneração dos serviços contratados, ao passo que, no Brasil, eles pautam a lógica de transferências intergovernamentais, contribuindo para a ocorrência de efeitos perversos ao sistema (MASSUDA, 2020; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Conforme Massuda (2020), a capitação na relação contratual com prestadores de serviço proporciona vantagens, como a adscrição

17 APS é a sigla definidora da Atenção Primária à Saúde, também utilizada para designar a Atenção Básica.

de clientes, a responsabilização por uma população, o fortalecimento do vínculo, a melhoria no planejamento e a competição entre as equipes, que “disputam” o cliente conforme a sua atuação, apesar de oferecer, como efeito adverso, o “*risk selection*” (ou risco moral) de seleção de pacientes por parte dos prestadores, os quais evitariam aqueles onerosos ou hiperutilizadores.

Por outro lado, o referido critério de repasse intergovernamental desconfigura o caráter universal do financiamento, que passa a considerar só a população cadastrada para destinar recursos. A própria capacidade de cadastro dos municípios é variável, o que contribui para o subfinanciamento da AB em locais de maior carência. Também há o risco de se focar no processo do cadastro em detrimento da qualidade ou da prestação ou, ainda, de se efetivar o risco moral, de maneira a evitar cadastrar pessoas onerosas (MASSUDA, 2020).

Sobre o desempenho, evidências apontam para melhorias residuais nos indicadores dos processos de avaliação de equipes em termos de produtividade, o que compromete a sua atenção em relação àqueles não avaliados (MASSUDA, 2020). A extinção do financiamento do NASF também compromete a abrangência de serviços da AB. Além disso, Seta, Ocké-Reis e Ramos (2021) destacam que o desestímulo à manutenção do NASF coloca em xeque um dos diferenciais do sistema brasileiro e ameaça o princípio da integralidade.

É importante salientar que a própria experiência inglesa evidenciou que a lógica de “mercado” para competição interna no sistema de saúde levou à fragmentação do setor, ao criar um nível intermédio de compradores de serviços. A aposta na redução de custos e da qualidade pela via da competição de provedores mostrou-se inócua. Além disso, a adoção do gerencialismo – com metas, resultados e busca por custo-efetividade – também não levou a menores custos; ao contrário, propiciou que aumentassem (NORMAN, 2019).

Behn (2002) argumenta que a gestão por desempenho vive mais na retórica do que na realidade. A adoção da medição de desempenho como principal vetor de cálculo de recursos para a AB pós-reformismo parece corroborar tal afirmação. De um lado, as suspensões da aplicação dos descontos financeiros e a flexibilização da apuração dos indicadores explicitaram que o modelo proposto, estruturado sob o discurso da orientação para resultados, era inviável na prática. Além disso, tais

decisões contribuíram para desmobilizar municípios e desmotivar equipes (COSTA; SILVA; JATOBÁ, 2022), acarretando a perda de credibilidade no referido modelo remuneratório. Com isso, o resultado geral ocasionou baixa cobertura dos indicadores pactuados no Previne Brasil, com especial preocupação para a queda de cobertura das vacinas, podendo acarretar um agravamento do cenário de descontrole epidemiológico em relação às doenças imunopreveníveis (COSTA; SILVA; JATOBÁ, 2022).

De outro lado, a própria concepção dos indicadores e das metas não converge para aferir resultados de melhoria nos processos de trabalho (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020), uma vez que eles são centrados em aspectos clínicos de públicos específicos – três de gestantes, um de mulher, um de criança, um de diabético e um de hipertenso (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020) – que não respondem à dimensão das ações e dos serviços e nem das situações potencialmente atendidas (COSTA; SILVA; JATOBÁ, 2022) e que, por isso mesmo, não apuram resultados efetivos sobre o desempenho das equipes.

A flexibilidade introduzida pelas normativas da AB para conferir a autonomia do gestor local aponta para uma tentativa do que Behn (2002) classifica como “a grande barganha”, que, em tese, poderia contribuir com melhores resultados pelas equipes. Entretanto, o desenho das propostas não pareceu adequado para a efetivação da citada aposta, uma vez que a dita flexibilidade acaba induzindo perdas na universalidade e na integralidade (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018), ao invés de ganhos em acesso e eficiência (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020) com a suposta adesão do sistema às demandas locais.

A potencial privatização e as parcerias são outra marca das mudanças na AB. Em primeiro lugar, embora o discurso seja baseado na busca por eficiência e modernização, não há na literatura um consenso sobre nenhum dos modelos de terceirização dos serviços de saúde – SSA (que caracteriza a ADAPS) ou OSS (que podem ser contratadas pela ADAPS) – em relação a melhores resultados do que a gestão pela via da administração direta (AD).

Barcelos *et al.* (2022), por exemplo, apresentam evidências ambíguas sobre o desempenho de unidades básicas de saúde geridas por contrato de gestão ou pela AD e problemas de transparência e controle social das OSS, comparativamente com os demais. Ao mesmo tempo,

uma parte dos estudos levantados pelos referidos autores indica resultados mais satisfatórios em termos de eficiência das OSS sobre a AD em hospitais. Andrade e Gonçalves (2019), entretanto, em análise da experiência da implantação de um SSA no Hospital de Base, em Brasília (DF), destacam que os resultados não evidenciam a superação de problemas de ineficiência ou insuficiência dos serviços.

Assim, se de um lado as OSS são defendidas sob o argumento da eficiência, de outro lado evidencia-se que tal modelo contribui para a fragmentação e a perda de padronização nas políticas públicas, a redução do controle social e menor responsabilização estatal. Além disso, a melhoria da eficiência e da eficácia alocativa está diretamente relacionada com a qualidade da formalização e a capacidade institucional de acompanhamento dos contratos, o que é frágil na realidade da administração pública nacional (TONI, 2022) e ganha mais relevo com as críticas ao modelo burocrático induzido pela visão gerencialista.

Destaca-se que a criação da ADAPS e da carteira de serviços (CaSAPS) constitui outra frente que favorece o processo de terceirização para parceiros privados dos serviços sob a responsabilidade do setor público, ao mesmo tempo em que aprofunda uma atenção em bases mínimas, focalizadora, não universal e não integral, como foi discutido aqui. A citada reorientação contraria fortemente os princípios constitucionais do sistema de saúde brasileiro e, embora esteja revestida de suposta busca por eficiência e transparência, tende a reproduzir perdas de eficiência pela concorrência de modelos de atenção e fragmentação do sistema, como posto por Massuda (2020) e Norman (2019).

A indução a uma mudança no modelo de atenção é reforçada pela expansão ou retração dos componentes basilares dos referidos modelos. Embora a ESF figure na PNAB 2017 como principal estratégia de organização da AB no Brasil, a prática demonstra outra realidade. Conforme Mendonça *et al.* (2023), no período de 2017 a 2021, houve um aumento de 17,93% na quantidade de equipes de ESF; no entanto, no mesmo período, as equipes de AB cresceram 821,52%, o que demonstra clara mudança de prioridade na forma de organização do sistema. Além disso, ainda no mesmo período, os ACS cresceram apenas 4,52%, o que reforça o sucateamento da abordagem universalista, territorial, comunitária e de promoção à saúde. Por fim, desde 2019 nota-se um movimento de descredenciamento dos NASF, com queda do número absoluto até 2021, o que contribui com a edificação de uma AB mais

restritiva, individualista e de demanda espontânea, prejudicando a ESF como estratégica na saúde (MENDONÇA *et al.*, 2023).

O referido “desmonte” tem se refletido nos atendimentos da AB. Massuda *et al.* (2022) constataram, a partir de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) entre 2012 e 2022, que houve uma redução consistente em procedimentos realizados em unidades básicas desde 2017, também indicada na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, que mostra a queda, segundo a própria população, da definição dos centros de saúde como serviço de seu uso regular – de 53,7% em 2013 para 35,9% em 2019.

É relevante pontuar que todo o processo recente da AB brasileira ocorreu na contramão das tendências internacionais dos processos reformistas de modernização gerencial. Enquanto no exterior há uma ampliação da *accountability*, o projeto de reformas no SUS entre 2017 e 2022 descartou os mecanismos de participação social nas decisões, conforme atestam Morosini, Fonseca e Baptista (2020, p. 3).

Os temas da política de saúde são excluídos do ambiente participativo, restringindo-se à arena de pactuação entre gestores, transitando para a condição de problemas de gestão, cujas respostas são construídas em ambientes técnicos e administrativos, ocultando os interesses políticos mobilizados.

Mesmo os espaços de pactuação federativa da estrutura de governança do SUS foram negligenciados, como durante a implantação do Previne Brasil. Enfim, o referido conjunto de procedimentos remete a uma ideologia que determinou toda a revisão da PNAB e das demais normativas da AB nos últimos anos. Como alertam Morosini, Fonseca e Lima (2018, p. 15),

tais escolhas remetem a uma concepção de Estado afinada com a racionalidade neoliberal, que aponta para o sentido inverso a uma maior presença do Estado, requerida para a continuidade do SUS como projeto e da AB como estratégia principal para a garantia da saúde como direito universal.

Considerações finais

Os anos após a deposição de Dilma Rousseff foram marcados pela guinada ideológica para a extrema-direita e por uma agenda conservadora neoliberal na implantação das políticas públicas federais. A adoção da agenda que havia sido derrotada pelas urnas surge como marco de ruptura do ciclo de promoção do crescimento com inclusão social, que caracteriza os governos petistas, reverberando no âmbito do SUS e, particularmente, da política de AB.

Consoante Jaccoud (2021), as reformas da agenda liberal prometiam oferecer um programa de crescimento econômico e inclusão social a partir da perspectiva do mercado, compensando a redução do Estado social. Entretanto, constitui uma racionalidade que remete ao NPM e que continua, conforme foi explorado neste trabalho, gerando resultados dissonantes do discurso que a crença nos mecanismos de mercado pretende efetivar.

Além disso, a agenda reformista adotada no período analisado causa prejuízos ao que foi historicamente construído na Saúde Pública do Brasil e reforça o argumento neoliberal de restrição fiscal e contenção de gastos, implicando uma redução do Estado que ameaça a manutenção da saúde como direito de cidadania. Trata-se de um cenário que urge ser revertido nos próximos anos, em consonância com as tendências internacionais contemporâneas de reformas que se baseiam no fortalecimento da capacidade do Estado como liderança de processos de desenvolvimento e provimento de políticas públicas (CAVALCANTE, 2017).

Referências

ANDRADE, B. H. S. D.; GONÇALVES, A. D. O. Novo modelo e velhos problemas: a criação de um Serviço Social Autônomo sob a ótica da eficiência. **REAd. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)**, v. 25, nº 3, p. 36-61, 2019.

BARBOSA, M. G. *et al.* Financiamento da atenção básica à saúde no Brasil: do piso da atenção básica à remuneração por desempenho. *In*: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (org.). **Atenção básica: olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016, p. 101-123.

BARCELOS, C. *et al.* Censo das organizações sociais de saúde brasileiras: levantamento e caracterização. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 14, supl. 1, p. 15-30, 2022.

BEHN, R. D. The psychological barriers to performance management: or why isn't everyone jumping on the performance-management bandwagon? **Public Performance & Management Review**, v. 26, nº 1, p. 5-25, 2002.

BRASIL. **Boletim Economia da Saúde**, v. 1, nº 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

CARNEIRO, R.; MENICUCCI, T. M. G. **Gestão pública no século XXI**: as reformas pendentes. Texto para discussão 1686. Brasília: IPEA, 2011.

CAVALCANTE, P. **Gestão pública contemporânea**: do movimento gerencialista ao pós-NPM. Texto para discussão 2319. Brasília: IPEA, 2017.

COSTA, N. D. R.; SILVA, P. R. F. D.; JATOBÁ, A. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. **Saúde em Debate**, v. 46, nº esp. 8, p. 8-20, 2022.

COSTA, R. C. R. D. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política**, nº 18, p. 49-71, 2002.

CUNHA, J. R. A. O (des)financiamento do direito à saúde no Brasil: uma reflexão necessária. **Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social**, v. 7, nº 1, p. 59-77, 2021.

CUNHA JÚNIOR, L. A. P. *et al.* Serviço Social Autônomo: alternativa à implementação de políticas públicas não exclusivas de Estado. **A&C: Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, v. 18, nº 72, p. 255-289, 2018.

JACCOUD, L. Democracia, conflitos distributivos e reforma da proteção social no Brasil. *In*: ETULAIN, C. R. (org.). **Política pública no Brasil: estudos interdisciplinares contemporâneos**. Campinas: Unicamp, 2021, p. 53-80.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, nº 4, p. 1181-1188, 2020.

MASSUDA, A. *et al.* Rumos para um sistema de saúde resiliente. **GV-EXECUTIVO**, v. 21, nº 2, p. 22-29, 2022.

MENDES, A.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. *In*: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (org.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: OPAS, 2016, p. 139-168.

MENDONÇA, C. S. Piso de Atenção Básica: um marco no financiamento e equidade na distribuição dos recursos financeiros do SUS. **APS em Revista**, v. 5, nº 1, p. 45-51, 2023.

MENDONÇA, F. D. F. *et al.* As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 47, nº 137, p. 13-30, 2023.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. D. F. Previnde Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, nº 9, p. 1-20, 2020.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, nº 116, p. 11-24, 2018.

NORMAN, A. H. Estratégias que viabilizam o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Reino Unido. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, nº 41, p. 1-13, 2019.

PACHECO, R. S. A agenda da nova gestão pública. *In*: LOUREIRO, M. R.; ABRÚCIO, F. L.; PACHECO, R. S. (org.). **Burocracia e política no Brasil: desafios para a ordem democrática no século XXI**. Rio de Janeiro: FGV, 2010, p. 183-218.

SETA, M. H. D.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previnde Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, supl. 2, p. 3781-3786, 2021.

SOUZA, M. de A.; MENDES, A. Eficiência na atenção à saúde no SUS: revisão para uma crítica às recomendações do Banco Mundial. **JMPHC Journal of Management & Primary Health Care**, v. 15, p. 1-29, 2023.

TONI, J. D. Políticas públicas, governança orçamentária e o setor paraestatal. *In*: COUTO, L. F.; RODRIGUES, J. M. (org.). **Governança orçamentária no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, 2022, p. 437-471.

WORLD BANK GROUP. **A fair adjustment: efficiency and equity of public spending in Brazil: volume I: síntese (portuguese)**. Washington D.C.: World Bank, 2017. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/Volume-I-síntese>>. Acesso em: 13 dez. 2023.