



# ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL DOM BOSCO

Fundada em 21 de dezembro de 1964

MANTENEDORA DAS FACULDADES DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS, ADMINISTRATIVAS,  
COMPUTAÇÃO, FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DOM BOSCO, FACULDADE DE  
ENGENHARIA DE RESENDE E COLÉGIO DE APLICAÇÃO DE RESENDE  
CURSO DE ENFERMAGEM.

**LARISSA PIASSA FERREIRA**  
**LETÍCIA MARQUES CASTRO E SILVA**

**PREVINE BRASIL: AVANÇOS E RETROCESSOS NO FINANCIAMENTO DA  
SAÚDE PÚBLICA**

Resende-RJ  
2025

**LARISSA PIASSA FERREIRA  
LETÍCIA MARQUES CASTRO E SILVA**

**PREVINE BRASIL: AVANÇOS E RETROCESSOS NO FINANCIAMENTO DA  
SAÚDE PÚBLICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Enfermagem, da Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras da Associação Educacional Dom Bosco, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> MSc. Kellem Raquel Brandão de Oliveira Torres

Resende-RJ  
2025

Catálogo na fonte  
Biblioteca Central da Associação Educacional Dom Bosco – Resende-RJ

F383 Ferreira, Larissa Piassa  
Previne Brasil: avanços e retrocessos no financiamento da saúde pública / Larissa Piassa Ferreira; Letícia Marques Castro e Silva - 2025. 69f.

Orientador: Kellem Raquel Brandão de Oliveira Torres  
Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial à finalização do curso de Enfermagem da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras Dom Bosco da Associação Educacional Dom Bosco.

1. Enfermagem. 2. Atenção primária à saúde. 3. Financiamento da saúde. 4. Políticas públicas. I. Silva, Letícia Marques Castro e. II. Torres, Kellem Raquel Brandão de Oliveira. III. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras Dom Bosco. IV. Associação Educacional Dom Bosco. V. Título.

CDU 614.2:336.1(81)(043)

**LARISSA PIASSA FERREIRA  
LETÍCIA MARQUES CASTRO E SILVA**

**PREVINE BRASIL: AVANÇOS E RETROCESSOS NO FINANCIAMENTO DA  
SAÚDE PÚBLICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Enfermagem, da Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras da Associação Educacional Dom Bosco, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> MSc. Kellem Raquel Brandão de Oliveira Torres.

**BANCA AVALIADORA:**

---

Prof.<sup>a</sup> Me. Márcia Loureiro Sebold

---

Prof.<sup>a</sup> Me. Raphaela Casemiro dos Santos  
Figueredo

---

Prof.<sup>a</sup> MSc. Kellem Raquel Brandão De Oliveira Torres  
(Orientadora)

Resende-RJ, 28 de novembro de 2025.

Agradeço, primeiramente, a Deus por me conceder  
força e sabedoria ao longo do processo. Aos meus  
familiares pelo apoio constante e encorajamento.

Aos meus amigos pelo incentivo e pela troca de  
conhecimento.

(Larissa Piassa Ferreira)

Aos meus familiares, amigos e Deus, que me  
ajudaram de todas as formas durante esta jornada.

Só foi possível concluir este processo graças ao  
amor e carinho de cada um de vocês. Muito  
obrigada. Esta conquista é nossa.

(Leticia Marques Castro e Silva)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me conceder força, sabedoria e serenidade ao longo de toda esta jornada. Sem Ele, nada disso seria possível. Em todos os momentos, mesmo os mais difíceis, senti Sua presença me guiando e fortalecendo. À minha família, que sempre esteve ao meu lado, dando apoio, amor e palavras de encorajamento. Cada conquista minha é também reflexo do carinho e dedicação de vocês. Aos meus amigos que me apoiaram, e estiveram presentes com palavras de incentivo. Em especial agradeço minha dupla e amiga Letícia, sou grata pela parceria, pelo companheirismo e pela disposição em enfrentar cada etapa ao meu lado. Ter você nessa caminhada tornou tudo mais leve e possível. À minha orientadora e professora Kellem Torres, agradeço pela orientação atenciosa, pelas valiosas contribuições e por toda paciência durante o desenvolvimento deste trabalho. A todos que, de alguma forma, contribuíram para que este trabalho se realizasse, deixo aqui meu sincero agradecimento.

(Larissa Piassa Ferreira)

Sou agradecida a Deus e Nossa Senhora pela grandeza da minha vida e por intercederem durante essa jornada, iluminando meus pensamentos e coração. Aos meus familiares, meus pais, pelo apoio incondicional em todos os aspectos da minha vida e incentivarem sempre o estudo. Aos meus amigos, principalmente minha dupla de TCC querida, Larissa, que tenho o privilégio de chamar de amiga, por tornarem esse processo muito mais leve. E a nossa professora Kellem, foi um privilégio te ter como orientadora e é uma honra dividir a profissão com alguém como você. Obrigada pelo profissionalismo, confiança, carinho, paciência, conselhos, conhecimento, por ter nos feitos olhar para Atenção Básica com muito mais carinho. Mais uma vez, muito obrigada a todos, que possamos continuar brilhando nos caminhos da vida e que essa seja a 1ª de muitas conquistas.

(Leticia Marques Castro e Silva)

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo apresentar pontos positivos e negativos do Programa Previne Brasil, identificando seus avanços e retrocessos para a história da saúde pública do Brasil. A pesquisa foi desenvolvida por meio de uma revisão bibliográfica, com foco em artigos científicos e, de forma complementar, em portarias ministeriais e legislações que abordam a trajetória desde o Pacto pela Vida, passando pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), até a implementação do Previne Brasil. Verificou-se que o Previne Brasil, centrado na capitação ponderada, nos incentivos estratégicos e no pagamento por desempenho, buscou ampliar a eficiência e a equidade no uso dos recursos, mas enfrentou desafios relacionados às desigualdades regionais e à garantia de cobertura universal. Embora tenha representado um avanço ao fortalecer a Atenção Primária, promover maior transparência na alocação dos recursos e incentivar a inovação, também apresentou retrocessos, como a mudança abrupta no modelo de financiamento sem ampla discussão social, a centralização excessiva na gestão e a dificuldade de adequação dos municípios às novas metas e critérios.

**Palavras-chaves:** Atenção Primária à Saúde; financiamento; indicadores; políticas públicas; Previne Brasil.

## ABSTRACT

His study aimed to present the positive and negative aspects of the *Previne Brasil* Program, identifying its advances and setbacks in the history of public health in Brazil. The research was developed through a bibliographic review, focusing on scientific articles and, complementarily, on ministerial ordinances and legislation addressing the trajectory from the *Pacto pela Vida* (Pact for Life), through the *Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica* (PMAQ-AB), Program for Improving Access and Quality in Primary Care, to the implementation of *Previne Brasil*. It was found that *Previne Brasil*, centered on weighted capitation, strategic incentives, and performance-based payment, sought to enhance efficiency and equity in the use of resources but faced challenges related to regional inequalities and the guarantee of universal coverage. Although it represented progress by strengthening Primary Health Care, promoting greater transparency in resource allocation, and encouraging innovation, it also presented setbacks, such as the abrupt change in the financing model without broad social discussion, excessive centralization in management, and the difficulty municipalities faced in adapting to new goals and criteria.

**Keywords:** Primary Health Care; financing; indicators; public policies; *Previne Brasil*.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número total de artigos encontrados e selecionados por palavra-chave.....	28
Tabela 2 - Artigos selecionados por temática encontrada.....	30
Tabela 3 - Pacto Pela Vida (Bloco de Atenção Básica).....	42
Tabela 4 - Relação de indicadores de acordo com a Portaria do PMAQ, 2011.....	44
Tabela 5 - Capitação (Previne Brasil - APS).....	48
Tabela 6 - Incentivos Estratégicos (Análise Quadrimestral).....	49
Tabela 7 - Repasse Por Desempenho.....	50

## **LISTA DE QUADRO**

Quadro 1 - Conceito dos blocos que compõem o Previner Brasil.....	47
Quadro 2 - Indicadores de desempenho da Atenção Primária à Saúde.....	54

## LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Mapa Conceitual dos Avanços.....	55
Figura 2 - Mapa Conceitual dos Retrocessos.....	59

## LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 - Avanços do Programa Previne Brasil (2019-2024).....	56
Gráfico 2 - Média de Avanços por Categoria.....	57
Gráfico 3 - Retrocessos do Programa Previne Brasil (2019-2024).....	60
Gráfico 4 - Média de Retrocessos por Categoria.....	61

## LISTA DE ABREVIATURAS

SUS - Sistema Único de Saúde.

NOB'S - Norma Operacional Básica.

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde.

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

PAB - Piso da Atenção Básica.

BDENF - Base de Dados de Enfermagem.

PMAQ - Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade.

ESF - Estratégia de Saúde da Família.

EAP - Equipe's de Atenção Primária.

FNS - Fundo Nacional de Saúde.

GM - Gabinete do Ministro.

APS - Atenção Primária à Saúde.

MS - Ministério da Saúde.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

FNS - Fundo Nacional de Saúde.

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde.

SCIELO - Scientific Electronic Library Online.

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

AB - Atenção Básica.

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica.

ACS - Agente Comunitário de Saúde.

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

ONU - Organização das Nações Unidas.

RAS - Rede de Atenção à Saúde.

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

CIT - Comissão Intergestores Tripartite.

eSF - Equipe's de Saúde da Família

eAP - Equipe's de Atenção Primária.

eSB - Equipe's de Saúde Bucal.

UOM - Unidade Odontológica Móvel.

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas.

LRPD - Laboratório Regional de Prótese Dentária;

eCR - Equipe's de Consultório na Rua.

UBSF - Unidade Básica de Saúde Fluvial.

eSFR - Equipe's de Saúde da Família Ribeirinha.

eABP - Equipe's de Atenção Básica Prisional.

PSE - Programa Saúde na Escola.

eAPP - Equipe's de Atenção Primária Prisional.

SAPS - Secretaria da Atenção Primária à Saúde.

HIV - Human Immunodeficiency Virus.

TMI - Taxa de mortalidade infantil.

RMM - Razão de mortalidade materna.

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

PNI - Programa Nacional de Imunizações.

SIASI - Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena.

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

RN - Recém-nascido.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

CadÚnico- Cadastro Único.

UAPS - Unidades de Atenção Primária à Saúde.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....</b>	<b>19</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
3.1 Objetivo Geral .....	20
3.2 Objetivos Específicos .....	20
<b>4. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
<b>5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>26</b>
5.1 Tipo de pesquisa.....	26
5.2 Procedimentos: .....	26
5.3 Campo de atuação .....	26
5.4 Formas de registro.....	26
5.5 Considerações éticas .....	26
5.5.1 Ética .....	27
5.5.2 Riscos.....	27
5.5.3 Benefícios.....	27
5.6 Limitações do estudo .....	27
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>28</b>
6.1 Financiamento da Assistência à Saúde .....	40
6.2 Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde ao longo da história.....	41
6.3 Previne Brasil – avanços e retrocessos .....	52
6.3.1 Avanços do Previne Brasil .....	53
6.3.2 Retrocessos do Previne Brasil.....	58
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>62</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Ao longo da história do Sistema Único de Saúde (SUS) e para atender as exigências colocadas pela legislação que estabelece o financiamento do SUS dentro da lei 8.080/90 e 8142/90. Várias formas de financiamento foram estabelecidas ao longo dos anos, dentre elas, Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) (1991, 1992, 1993 e 1996), Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) (2001 e 2002), Portaria Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (Portaria GM/MS) N° 399 (22 de fevereiro de 2006), Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) e Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável).

As NOB-SUS definiram as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que os estados e municípios adquiram uma responsabilidade de gestão. Já as NOAS tinham como objetivo de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

A Portaria GM 399 de 22 de fevereiro de 2006 divulgou o Pacto pela Saúde que tem como prioridade as necessidades da população e integrado por três componentes Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O modelo de financiamento vigente até 2019, era o PAB fixo e variável. O PAB fixo era calculado a partir do tamanho populacional do município enquanto o PAB variável dependia do credenciamento da equipe da Atenção Básica (AB), o que possibilitou a ampliação de estratégias e programas na Saúde da Família (HARZHEIM, 2020).

Ainda de acordo com Harzheim (2020), em seguida tivemos o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ) que, embora não fosse responsável pelo financiamento da AB, inovou positivamente ao abordar a necessidade de ampliar o acesso e de melhorar a qualidade do cuidado na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Em 2019 o programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria n° 2.979, de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2022).

O novo modelo de financiamento alterou algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passaram a ser distribuídas com base em quatro critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo financeiro com base em critério populacional e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2022, n.p).

A proposta tinha como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induziram à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem (BRASIL, 2022).

O Previne Brasil visou alinhar os princípios historicamente estabelecidos na APS com uma nova estrutura organizacional, levando em conta as mudanças sociais e culturais do século XXI. Entender o Previne Brasil é compreender a história do SUS e de princípios estabelecidos em 1990 pelas Leis Orgânicas da Saúde (UGÁ, 2005).

O Programa Previne Brasil buscou estruturar um modelo de financiamento focado no acesso das pessoas, de acordo com suas necessidades de saúde, com mecanismos que induziram à responsabilização dos gestores e profissionais quanto à melhor alocação e utilização dos recursos públicos, de forma racional, eficiente e respeitando os critérios previstos no Artigo 35 da Lei 8.080/1990 (BRASIL, 2021).

Contudo, alguns autores de artigos científicos consideram que o Programa foi um modelo de alocação de recursos federais que reforçou a ideia de um SUS apenas operacional (MENDES, 2022).

Este trabalho visa apresentar os pontos positivos e negativos do Programa Previne Brasil, identificando seus avanços e retrocessos para a história de Saúde Pública brasileira.

## 2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Durante o 3º ano da graduação de enfermagem na Universidade Dom Bosco, na disciplina de Administração Aplicada à Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva, foi realizado um júri onde a turma foi dividida em 2 grupos, um de acusação (apresentaria os pontos negativos do Programa Previne Brasil) enquanto o outro grupo faria a defesa (apresentaria os pontos positivos do Programa Previne Brasil). As autoras fizeram parte do grupo da defesa.

Durante a pesquisa para o júri, notamos que as literaturas traziam pontos positivos do programa, com base nas medidas consideradas insuficientes do modelo orçamentário anterior. Contudo, após o júri, com a contribuição do grupo da acusação e da professora, o Previne Brasil tem pontos considerados negativos, analisando a maneira que foi implementado, suas características e a realidade de cada município.

Por isso, como futuras enfermeiras e gestoras de Unidades Básicas de Saúde (UBS), entender o contexto em que se trabalha, e a história que moldou a Saúde Pública do Brasil é fundamental para a construção de pensamento crítico e propor mudanças coerentes no campo da gestão da AB. Analisar o tema Previne Brasil, levando em conta seus pontos positivos e negativos é essencial para compreender todos os aspectos que envolvem essa temática.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Apresentar pontos positivos e negativos do Programa Previne Brasil, identificando seus avanços e retrocessos para a história da saúde pública do Brasil.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Compreender os principais pontos da história do financiamento do SUS.
- Buscar artigos já publicados sobre o Programa Previne Brasil.
- Apresentar pontos positivos e negativos do Programa Previne Brasil
- Pontuar os avanços e retrocessos do Programa Previne Brasil para a história do financiamento do SUS.

#### 4. REVISÃO DA LITERATURA

O programa Previne Brasil promove novas diretrizes para o financiamento do SUS, reformulando estratégias de gestão de saúde. Porém, para entender esse programa é necessário realizar uma viagem no tempo e analisar os principais pontos da história de financiamento do SUS.

A Constituição Federal de 1988 com o artigo 198 definiu que recursos do SUS devem vir do orçamento da Seguridade Social, da União, dos estados e dos municípios. Esses recursos vêm dos impostos federais, estaduais e municipais (Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores, Imposto Predial e Territorial Urbano, Imposto de Circulação sobre Mercadorias e Prestação de Serviços, Imposto de Renda). Porém, não determinou a quantidade de recursos que cada nível de governo deve aplicar na saúde, nem definiu como se fariam as transferências de recursos do nível federal para os demais níveis de governo (SANAR, 2021).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, regulamenta o SUS no Brasil. Ela estabelece os princípios, diretrizes e objetivos do SUS, além de definir as competências e responsabilidades de cada ente federativo na promoção da saúde.

A lei 8.080 promulgada em 19 de setembro de 1990, define que as transferências do governo federal para as outras instâncias deveriam se orientar pelos seguintes critérios: Perfil demográfico da região, perfil epidemiológico da população a ser coberta, tamanho e o nível de qualidade da rede de serviços existente, desempenho técnico, econômico e financeiro do SUS municipal ou estadual no período anterior, Níveis dos gastos dos recursos próprios dos municípios ou dos estados em questão (BRASIL, 1990, n.p).

A Lei nº 8.142 promulgada em 28 de dezembro de 1990, aborda parte dos temas vetados na Lei 8.080/90 pelo presidente da época, Fernando Collor de Mello, regulamentando elementos indispensáveis para a gestão e funcionamento do SUS, em relação às transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (SANAR, 2021).

A transferência de recursos ocorre de fundo a fundo, ou seja, o Fundo Nacional faz o repasse diretamente para os fundos municipais, estaduais e do Distrito Federal. Os recursos financeiros do SUS são provenientes do Fundo Nacional de Saúde (FNS), um fundo criado em 1969 para aprimorar a gestão dos recursos destinados às ações e serviços em saúde. Pelo menos 70% dos recursos do FNS são repassados aos municípios, e o restante é repassado aos Estados. Para receberem os recursos do FNS, os municípios, estados e o Distrito Federal devem contar com os seguintes elementos: Fundo de saúde, Conselho de Saúde, composição paritária; Plano de Saúde, Relatórios de gestão que possibilitem controlar o repasse dos recursos, Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento, Comissão de elaboração do plano de carreira, cargos e salários (SANAR, 2021, n.p).

No avançar da história tivemos as NOB'S, as quais definiram as responsabilidades de cada esfera de governo e as condições necessárias para que os estados e municípios possam assumir a responsabilidade de gestão (BRASIL, 2011).

- **NOB-SUS 01/1991:** Municípios como gestores de Unidades de Saúde e não de sistema, dificultou o processo de financiamento com o instrumento convencional como forma de transferência de recursos e centralizou a gestão do SUS em nível federal através dos Institutos Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (BRASIL, 2011).

- **NOB-SUS 01/1992:** Continuou utilizando o instrumento convencional como forma de transferência de recursos do INAMPS para os estados, o Distrito Federal e os municípios (BRASIL, 2011).

Com a extinção do INAMPS por meio da lei 8.689/1993, o Ministério da Saúde (MS) tornou-se a única autoridade sanitária em nível nacional, as Secretarias Estaduais de Saúde em nível estadual e as Secretarias Municipais de Saúde em nível municipal (BRASIL, 2011).

- **NOB-SUS 01/1993:** Criou a transferência financeira regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena (forma mais avançada de gestão, o município é responsável por toda rede municipal de saúde e o Estado passa a assumir totalmente a gestão dos serviços de saúde presentes no seu território que não estejam sob responsabilidade do município), o que facilitou o processo de transferência de recursos do SUS da União para os demais entes federativos (BRASIL, 2011).

- **NOB- SUS 01/1996:** Aumentou a participação percentual da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais para os estados e municípios e incluiu nessa modalidade os seguintes mecanismos: PAB, a Fração Ambulatorial Especializada, Incentivo ao Programa Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Índice de Valorização de Resultados, Piso Básico de Vigilância Sanitária, Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária, Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo e aprimorou o planejamento e a definição de orientações para elaborar a Programação Pactuada e Integrada (BRASIL, 2011).

A Emenda Constitucional número 29 de 13 de setembro de 2000 altera o artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e assegura ao SUS um orçamento mínimo obrigatório para União, estados e municípios. Compondo um orçamento nacional do SUS, reavaliado a cada 5 anos (BRASIL, 2000).

Os Estados e Municípios devem empregar, respectivamente, 12% e 15% de suas receitas em ações e serviços de saúde. Da mesma forma, a União deve aplicar valor da receita do ano anterior acrescido de percentual equivalente ao crescimento do Produto Interno Bruto. (BRASIL, 2012).

A Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, estabelece o Pacto Pela Saúde 2006, o qual define as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite (a responsabilidade do financiamento do SUS é do governo federal, estadual e municipal), busca critérios de alocação equitativa dos recursos, reforça os mecanismos de transferência (fundo a fundo) entre gestores, integra em grandes blocos de financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos (BRASIL, 2006).

Dessa maneira, com o Pacto pela Saúde, as transferências dos recursos federais passam a ser organizadas em 5 blocos: AB, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

O primeiro bloco do Pacto pela Saúde (Atenção Básica) é um conjunto de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, bem como redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2021). É a principal porta de entrada do cidadão no SUS e centro da comunicação de toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2021).

A portaria de consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2017).

Determina que os repasses aos municípios e ao Distrito Federal para as ações de custeio da Atenção Primária à Saúde seriam de duas formas: Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), baseado na estimativa anual do IBGE, e Piso de Atenção Básica Variável (PAB variável), referente a incentivos de implantação de políticas definidas pelo governo federal (BRASIL, 2017, n.p).

Porém, os recursos eram repassados sem considerar a qualidade e a produção de serviços da APS (MENDES, 2022).

Por isso, em 2019, o MS lançou o Programa Previne Brasil (Portaria 2.979 de 12 de novembro de 2019), modelo de financiamento da APS, com o intuito de corrigir distorções do modelo de repasse até então vigente (PAB fixo e PAB variável), especialmente quanto à insuficiência de recursos, proporcionando visibilidade às ações de cuidado ofertadas e, a partir disso, aumentando o investimento da APS às equipes e municípios com melhores desempenhos assistenciais (ROCHA, 2023).

O modelo era composto por três componentes:

- **Pagamento por desempenho:** O pagamento por desempenho é um dos componentes que fazem parte da transferência mensal aos municípios. Nesse componente, a definição do valor a ser transferido depende dos resultados alcançados no conjunto de indicadores

monitorados e avaliados no trabalho das equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária (eSF/eAP) (BRASIL, 2022).

- **Capitação ponderada:** Método de distribuição financeira da APS às prefeituras e ao Distrito Federal, no qual o valor do repasse é calculado com base no número de pessoas cadastradas. Para realizar esse cadastro, as eSF, eAP, equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), equipes de Consultório na Rua (eCR) ou equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) são responsáveis por registrar as informações necessárias (BRASIL, 2022).

- **Incentivo para ações estratégicas:** Os incentivos para ações estratégicas abrangem características específicas de acordo com a necessidade de cada município ou território. Esses incentivos contemplam a implementação de programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na APS e na RAS:

- Programa Saúde na Hora;
- Equipes de Saúde Bucal (eSB);
- Unidade Odontológica Móvel (UOM);
- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);
- Equipes de Consultório na Rua (eCR);
- Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);
- Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);
- Microscopista;
- Equipes de Atenção Básica Prisional (eABP);
- Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade;
- Programa Saúde na Escola (PSE);
- Programa Academia da Saúde;
- Programas de apoio à informatização da APS;
- Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional;
- Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico (BRASIL, 2022).

Entre os avanços do programa, destacou-se a melhoria na distribuição dos recursos, uma vez que o financiamento passou a considerar a quantidade de pessoas cadastradas e o desempenho das equipes de saúde, por meio dos indicadores, buscando incentivar um atendimento rápido e resolutivo na AB.

De outro modo, um dos principais pontos negativos apontados por autores como Mendes (2020) diz respeito à ênfase excessiva em resultados e indicadores quantitativos, em prejuízo do cuidado integral. O modelo priorizava repasses financeiros com base em cadastros, desempenho e indicadores específicos, o que pode desestimular ações de promoção à saúde e prevenção de doenças que não sejam diretamente medidos por esses indicadores. Além disso, aumentou a desigualdade entre os municípios maiores e menores, pois os municípios menores não tinham estrutura para alcançar as metas exigidas pelo programa, logo recebiam menos recursos.

Analisar estes aspectos é de fundamental importância para avançar na qualidade das políticas voltadas ao financiamento da AB no SUS, uma vez que é essencial compreender a história da saúde para construir um melhor futuro. Sendo assim, é de extrema importância a avaliação das políticas instituídas.

## 5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 5.1 Tipo de pesquisa

Foi realizada uma revisão bibliográfica. Trata-se de uma investigação tendo como fontes livros, artigos e outros textos de caráter científico já publicados (PRESTES, 2008).

A pesquisa bibliográfica pode atender os objetivos do aluno na sua formação acadêmica como pode gerar a construção de trabalhos inéditos daqueles que pretendem rever, analisar, interpretar e criticar considerações teóricas, paradigmas e mesmo criar proposições de explicação dos fenômenos das mais diferentes áreas de conhecimento (PRESTES, 2008, pg. 26-27).

Como o objetivo do trabalho é apresentar pontos positivos e negativos do Programa Previne Brasil, identificando seus avanços e retrocessos para história de saúde pública do Brasil, a pesquisa bibliográfica está alinhada a esse propósito.

### 5.2 Procedimentos:

Para essa revisão bibliográfica foram utilizados e analisados artigos científicos, e-books, documentos governamentais dos últimos 6 anos (2019-2024), tendo como base de dados: Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do MS, preferencialmente artigos em português, utilizando palavras-chaves como: Financiamento da Assistência à Saúde; Financiamento da Atenção Básica; Financiamento da Atenção Primária; Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde e Previne Brasil.

### 5.3 Campo de atuação

O campo de atuação foram as plataformas utilizadas para pesquisar os materiais (Scielo, Lilacs e BVS do MS).

### 5.4 Formas de registro

A partir de pesquisa e leitura de artigos, desenvolvemos tabelas, gráficos e textos que serão apresentados no item resultados.

### 5.5 Considerações éticas

### 5.5.1 Ética

Foram respeitadas as normas éticas relacionadas à revisão bibliográfica, evitando o plágio e a parcialidade.

### 5.5.2 Riscos

Havia o risco de selecionar fontes parciais ou com abordagens ideologicamente tendenciosas.

### 5.5.3 Benefícios

Avaliar os critérios estabelecidos pelo Previne Brasil através de uma pesquisa realizada de forma coordenada é fundamental para o planejamento de novas políticas públicas de financiamento.

### 5.6 Limitações do estudo

Não encontrar material suficiente sobre a temática já que o programa teve um período relativamente curto de permanência.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das bases estabelecidas (SciELO, Lilacs e BVS do MS) realizamos uma busca por artigos, considerando as palavras-chaves: Financiamento da Assistência à Saúde; Financiamento da Atenção Básica; Financiamento da Atenção Primária; Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde e Previne Brasil. A Tabela 1 apresenta o total de artigos encontrados e selecionados em cada base por palavra-chave definida. Em um primeiro momento foram considerados para a separação todos os artigos com as palavras-chaves estabelecidas. Foram encontrados 9.796 artigos. Em um segundo momento foi realizada a filtragem dos artigos, considerando apenas: artigos em português, publicados nos últimos 6 anos (2019-2024); artigos que, embora apresentassem as palavras-chaves não tinham relação com os objetivos do trabalho; eliminação de artigos repetidos (publicados em mais de uma base), artigos que apresentavam mais de uma palavra-chave, sendo considerado apenas uma vez. De um total de 9.796 artigos encontrados foram selecionados 38 artigos para análise.

Tabela 1 - Número total de artigos encontrados e selecionados por palavra-chave

Palavras-chaves	Base de dados	Encontrados (nº)	Selecionados (nº)
Financiamento da Assistência à Saúde;	SCIELO	172	05
	LILACS	5.391	04
	MS	375	01
Financiamento da Atenção Básica;	SCIELO	78	02
	LILACS	1.072	09
	MS	65	01
Financiamento da Atenção Primária;	SCIELO	118	01
	LILACS	886	01
	MS	28	02
Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde;	SCIELO	55	03
	LILACS	202	01
	MS	1.241	03
Previne Brasil;	SCIELO	38	04
	LILACS	73	00
	MS	02	01
<b>TOTAL</b>		<b>9.796</b>	<b>38</b>

Fonte: Próprias autoras/2025

Após a seleção dos artigos referidos na Tabela 1 (38 artigos), optamos por agrupar os trabalhos em três grandes temáticas:

- 1) Financiamento da Assistência à Saúde;
- 2) Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde ao longo da história;
- 3) Previne Brasil - avanços e retrocessos;

Essa separação visa melhor responder os objetivos específicos previstos na pesquisa, a saber: compreender os principais pontos da história do financiamento SUS; buscar artigos já publicados sobre o Programa Previne Brasil; apresentar pontos positivos e negativos do Programa Previne Brasil; e pontuar os avanços e retrocessos do Programa Previne Brasil para a história do financiamento do SUS.

Diante disso, a Tabela 2 demonstra a distribuição dos artigos selecionados nessas três grandes temáticas, de forma a nos orientar no processo de escrita da revisão bibliográfica.

Tabela 2 - Artigos selecionados por temática encontrada

ARTIGO SELECIONADO	LINK DO ARTIGO	Nº DE ARTIGOS	TEMÁTICA TRABALHADA
<p>1. Atenção primária e informação em saúde: desempenho e financiamento no município de Natal/rn (ARAÚJO, et al, 2024).</p> <p>2. Financiamento da Saúde no Brasil: Perspectivas dos estados e municípios (PEREIRA, et al 2024).</p> <p>3. Financiamento do Sistema Único de Saúde – Trajetória recente e Cenários para o Futuro (SERVO, et al 2024).</p> <p>4. O financiamento da Atenção Primária à Saúde – Programa Previne Brasil: uma análise sobre os municípios da região noroeste fluminense (SILVA, et al, 2024).</p>	<p>1. <a href="https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1570294">https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1570294</a></p> <p>2. <a href="https://www.conass.org.br/biblioteca/download/12058/?tmstv=1749661728">https://www.conass.org.br/biblioteca/download/12058/?tmstv=1749661728</a></p> <p>3. <a href="https://seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica/article/view/25261">https://seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica/article/view/25261</a></p> <p>4. <a href="https://busqueda.bvsalud.org/portal/resource/fr/biblio-1593018">https://busqueda.bvsalud.org/portal/resource/fr/biblio-1593018</a></p> <p>5. <a href="https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1552248">https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1552248</a></p> <p>6. <a href="https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.20172021">https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.20172021</a></p> <p>7. <a href="https://www.academia.edu/72794342/Políticas_públicas_e_financiamento_federal_do_Sistema_Único_de_Saúde">https://www.academia.edu/72794342/Políticas_públicas_e_financiamento_federal_do_Sistema_Único_de_Saúde</a>.</p> <p>8. <a href="https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n4/1361-1374/">https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n4/1361-1374/</a></p> <p>9. <a href="https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020">https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020</a></p> <p>10. <a href="https://doi.org/10.1590/0103-11042019S512">https://doi.org/10.1590/0103-11042019S512</a></p>	10	Financiamento da Assistência à Saúde

<p>5. As mudanças das políticas orientadoras da Atenção Primária a Saúde (APS) e o Programa Previnde Brasil: os sentidos atribuídos pela gestão municipal de saúde: resumo executivo (ZIBORDI, et al, 2023).</p> <p>6. Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento (HARZHEIM, et al, 2022).</p> <p>7. Políticas Públicas e Financiamento federal do Sistema Único de Saúde (MELAMED, et al 2021).</p> <p>8. Novo financiamento para um nova Atenção Primária à Saúde no Brasil (HARZHEIM, et al, 2020).</p>			
--	--	--	--

<p>9. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? (MASSUDA et al, 2020).</p> <p>10. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil (MELO, et al, 2019).</p>			
<p>1. Efeitos da remuneração por desempenho na atenção primária em um cenário de sub-registro (CASTRO NUNES et al, 2024).</p> <p>2. Transferências federais por emendas parlamentares aos municípios: implicações para o financiamento do SUS (SILVA, et al, 2024).</p> <p>3. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e</p>	<p>1. <a href="https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1576731">https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1576731</a></p> <p>2. <a href="https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1564275">https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1564275</a></p> <p>3. <a href="https://doi.org/10.1590/0103-11042022E801">https://doi.org/10.1590/0103-11042022E801</a></p> <p>4. <a href="https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1363089">https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1363089</a></p> <p>5. <a href="https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621">https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621</a></p> <p>6. <a href="https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1381499">https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1381499</a></p> <p>7. <a href="https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26suppl2/3397-3408/">https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26suppl2/3397-3408/</a></p>	<p>08</p>	<p>Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde ao longo da história</p>

<p>perspectiva para o programa Previner Brasil (COSTA, et al, 2022).</p> <p>4. Análise dos modelos de pagamento aplicados ao financiamento federal na perspectiva do Sistema Único de Saúde (MACÊDO, et al 2022).</p> <p>5. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos (MENDES, et al, 2022).</p> <p>6. A transferências de recursos federais a Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo (MACHADO, et al, 2022).</p>	<p>8. <a href="https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n12/4405-4415/">https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n12/4405-4415/</a></p>		
--	---	--	--

<p>7. Retrato da Atenção Básica no Brasil: gastos e infraestrutura em municípios brasileiros (KASHIWAKURA, et al, 2021).</p> <p>8. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos (FUNCIA, et al, 2019).</p>			
<p>1. Tendências de financiamento da Atenção Primária à Saúde em uma capital brasileira (MINAMI, et al, 2024).</p> <p>2. Programa Previne Brasil: análise do processo de implementação em um município da região sul (RODRIGUES et al, 2024).</p> <p>3. Previne Brasil e financiamento da Atenção Primária: facilidades e dificuldades de</p>	<p>1. <a href="https://www.scielo.org/article/csc/2024.v29n11/e01202024/">https://www.scielo.org/article/csc/2024.v29n11/e01202024/</a></p> <p>2. <a href="https://www.scielo.org/article/sdeb/2024.v48n140/e8385/">https://www.scielo.org/article/sdeb/2024.v48n140/e8385/</a></p> <p>3. <a href="https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1554395">https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1554395</a></p> <p>4. <a href="https://www.scielo.br/j/csc/a/KYy5WHv6P5BynMLPrrgSbvd/?lang=pt">https://www.scielo.br/j/csc/a/KYy5WHv6P5BynMLPrrgSbvd/?lang=pt</a></p> <p>5. <a href="https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/6322/version/6696">https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/6322/version/6696</a></p> <p>6. <a href="https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/03/1418963/tcc-eduardo-de-franca-mesquita.pdf">https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/03/1418963/tcc-eduardo-de-franca-mesquita.pdf</a></p>	<p>20</p>	<p>Previne Brasil – avanços e retrocessos</p>

<p>gestores municipais de Saúde (SARTORETTO, et al, 2024)</p> <p>4. Impacto da mudança do modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde para municípios do estado de Minas Gerais, Brasil (SOARES et al, 2024).</p> <p>5. Avaliação dos indicadores de desempenho do programa Previne Brasil no Maciço de Baturité: Doenças Crônicas (LINARD, et al, 2023).</p> <p>6. Efeitos do programa previne Brasil na atenção primária à saúde do município de Francisco Morato: o papel do governo federal na modulação da gestão (MESQUITA, et al, 2023).</p> <p>7. Previne Brasil, uma herança bolsonarista que agrava o (des)</p>	<p>7. <a href="https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1419069">https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1419069</a></p> <p>8. <a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_implementationacao_previne_brasil_aps.pdf">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_implementationacao_previne_brasil_aps.pdf</a></p> <p>9. <a href="https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1505961">https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1505961</a></p> <p>10. <a href="https://busqueda.bvsalud.org/portal/resource/fr/biblio-1571069">https://busqueda.bvsalud.org/portal/resource/fr/biblio-1571069</a></p> <p>11. <a href="https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/phr-56883">https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/phr-56883</a></p> <p>12. <a href="https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1396323">https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1396323</a></p> <p>13. <a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_implementationacao_previne_brasil_aps.pdf">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_implementationacao_previne_brasil_aps.pdf</a></p> <p>14. <a href="https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2135/version/2267">https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2135/version/2267</a></p> <p>15. <a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_financiamento_aps.pdf">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_financiamento_aps.pdf</a></p> <p>16. <a href="https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26suppl2/3781-3786/">https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26suppl2/3781-3786/</a></p> <p>17. <a href="https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n4/1189-1196/">https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n4/1189-1196/</a></p>		
---	---	--	--

<p>financiamento do SUS: análise dos impactos do pagamento por desempenho no município de Francisco Morato (SP) (PAULO, et al, 2023).</p> <p>8. Indicadores de desempenho de la Atención Primaria del Programa Previne Brasil (SCHÖNHOLZER, et al, 2023).</p> <p>9. Incentivo de capitação ponderada (Programa Previne Brasil): impactos na evolução do cadastro populacional na APS (SELLERA et al, 2023).</p> <p>10. Repercussões do Programa Previne Brasil em um município do interior de Pernambuco (SILVA, et al, 2023).</p> <p>11. Recadastramento da população residente em Foz do Iguaçu,</p>	<p>18. <a href="https://pesquisa.bvsalud.org/fiocruz/resource/pt/arc-43663">https://pesquisa.bvsalud.org/fiocruz/resource/pt/arc-43663</a></p> <p>19. <a href="https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt3222_11_12_2019.html">https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt3222_11_12_2019.html</a></p> <p>20. <a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html</a></p>		
--	--	--	--

<p>Brasil, em atendimento à Política de Atenção Primária à Saúde (GOMES, et al, 2022).</p> <p>12. O programa Previne Brasil e seus potenciais reflexos na (re)organização da Atenção Primária à Saúde do estado do Rio de Janeiro (LUCENA, et al, 2022).</p> <p>13. Ações para a implementação do programa Previne Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).</p> <p>14. Evolução dos cadastros individuais no SISAB partir do novo financiamento da Atenção Básica: Um estudo descritivo (LOPES, et al, 2021).</p> <p>15. Manual instrutivo financiamento do APS/ Ministério da Saúde</p>			
---	--	--	--

<p>(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).</p> <p>16. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde (SETA, et al, 2021).</p> <p>17. Previne Brasil: base da reforma da Atenção Primária à Saúde (HARZHEIM, et al, 2020).</p> <p>18. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da Atenção Básica (MOROSINI, et at, 2020).</p> <p>19. Os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Portaria 3.222, de dezembro de 2019 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).</p>			
--	--	--	--

<p>20. 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. Portaria 2.979, de novembro de 2019 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).</p>			
TOTAL		38	-

Fonte: Próprias autoras/2025

## 6.1 Financiamento da Assistência à Saúde

O financiamento da APS teve início em 1996, com a implementação PAB, que era dividido em uma parte fixa e outra variável (HARZHEIM et al, 2020).

Conforme Harzheim et al (2022), o modelo de financiamento da APS não sofreu mudanças ao longo dos anos (até o Previner Brasil), sendo baseado em critérios populacionais per capita e não necessariamente em acompanhamento da pessoa vinculada as eSF.

O Pacto pela Saúde, introduzido pela Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, atribuiu responsabilidades a cada esfera de governo no financiamento da APS. Estabeleceu 5 (cinco) blocos de financiamento (AB; Atenção de Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS). O estabelecimento do bloco da AB facilitou a transferência de recursos e reforçou as incumbências sobre a execução de políticas de saúde no âmbito da APS (MELO, et al, 2019).

Ainda em 2006, foi criada a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), com revisões em 2011 e 2017. Em 2011 a revisão incluiu os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e eSF para população Ribeirinha e Amazônia Legal. A política reforçou os conceitos e introduziu a AB como porta de entrada da RAS (MELAMED, et al 2021).

Com a introdução do PMAQ em 2011, ocorreu um avanço em relação ao monitoramento e avaliação dos resultados em saúde, porém, não superou as dificuldades no alcance de melhores indicadores de saúde.

Em 2017, a forma como a APS era financiada mudou bastante com a publicação da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que reestruturou o envio de verbas federais para as cidades. Ela é considerada um marco regulatório do MS do Brasil que consolidou as normas sobre o financiamento e a transferência de recursos federais para o SUS, abordando especialmente o financiamento da APS e a regulamentação de componentes financeiros. Antes, o dinheiro era dividido em partes separadas, com diferentes tipos de financiamento, como o PAB (fixo e variável) e incentivos para programas específicos. Depois dessa portaria, as transferências passaram a ser feitas em apenas dois grupos principais: despesas correntes e investimentos, com o objetivo de dar mais liberdade para os administradores locais. Segundo Costa (2022), essa alteração foi uma forma de tentar organizar o uso do dinheiro, reduzindo a burocracia e a divisão do orçamento que sempre atrapalharam a realização das ações de saúde.

O decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, constituiu a Secretaria da Atenção Primária à Saúde (SAPS), levando a APS ao patamar institucional. Segundo Zibordi et al (2023) a APS

ganhou força e maior protagonismo nas decisões do MS, como também maior presença nas discussões internas sobre a destinação orçamentária do montante de recursos do MS.

No final de 2019, o MS lançou um novo modelo de repasse financeiro para a APS, chamado Programa Previne Brasil. Esse modelo é estruturado com base em três componentes: Capitação Ponderada, Pagamento por Desempenho e Incentivos para Ações Estratégicas (SILVA, 2024).

É notório que o financiamento público da saúde é afetado por decisões políticas, pelo comportamento e o desempenho da economia, pela inserção do país no cenário global, pelos arranjos institucionais e pelas decisões sobre a proteção social brasileira (SERVO, 2024).

De acordo com autores como Massuda et al (2020) e Servo et al (2024) o financiamento de Saúde brasileiro sempre teve dificuldades de se adaptar ao contexto econômico do momento.

Desde 2015, esses problemas vêm se agravando, em razão de alterações no contexto econômico e político do país. Em 2016, foi aprovada uma emenda constitucional que congelou os gastos federais por 20 anos, comprometendo dramaticamente o orçamento de políticas sociais (MASSUDA, 2020, p. 02).

Segundo Pereira et al (2024), a construção e consolidação do SUS representa uma conquista brasileira dos direitos sociais, contudo, o sistema tem sido confrontado por desafios estruturais.

No Brasil, os desafios se ampliam devido ao tamanho e diversidade do território, além das persistentes desigualdades socioeconômicas. Esses fatores exigem ainda mais atenção à forma como os recursos destinados à saúde são mobilizados, distribuídos e utilizados pelas diferentes esferas de governo (PEREIRA, 2024, p. 21).

Nota-se, portanto, um esforço para incrementar um financiamento adequado para AB, visando a melhoria do seu desempenho e os processos de trabalho em saúde. Segundo Araújo et al (2024), faz se necessário um financiamento alinhado com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) acordados pela Organização das Nações Unidas (ONU) relacionados a saúde e à cobertura universal de saúde, a saber: eliminação da pobreza, fome, à promoção da educação, igualdade de gênero, ao acesso a água potável e ao saneamento básico, além de ações contra mudanças climáticas e redução das desigualdades sociais.

## 6.2 Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde ao longo da história

Segundo Macêdo et al (2022) as reformas de saúde promovidas desde 1990 fortaleceram a ideia de que os modelos de pagamento podem ser ferramentas poderosas para a alocação eficiente de recursos, sem deixar de priorizar a qualidade do cuidado. Dessa forma, a busca por modelos de

financiamento que ampliem a qualidade e o acesso dos serviços de saúde à população se tornou um desafio para o SUS.

Em relação a AB, antes do Programa Previnir Brasil, o financiamento era composto pelo PAB fixo e variável, implementado em 1996. O valor do PAB fixo era calculado per capita, ou seja, com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em relação à população adscrita. Já o PAB variável era um recurso condicionado à adesão a programas estratégicos (ESF, eSB, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), entre outros). O financiamento levava em conta valores diferenciados por porte de município e pelo nível socioeconômico (CASTRO NUNES et al, 2024).

De acordo com Costa et al (2022) o modelo de financiamento federal era extremamente fragmentado, fazendo uma alusão a diversas caixas (linhas de repasses específicas) cada uma com regras próprias de uso, prestação de contas e metas. Com a instituição do Pacto pela Saúde em 2006 houve uma reorganização do financiamento do SUS. A portaria nº204 de 2007, criada no âmbito do Pacto pela Saúde, formalizou a criação de 5 blocos de financiamento (já apresentados no item anterior), unificando e simplificando os repasses. Esta nova organização no repasse de recursos foi um marco no financiamento do SUS.

A estrutura de PAB fixo e variável permaneceu dentro do Bloco da AB. Os indicadores estavam concentrados no Pacto pela Vida, a saber: Redução da mortalidade infantil, redução da mortalidade materna, controle da hipertensão e diabetes, controle da tuberculose e hanseníase, cobertura vacinal, redução da transmissão vertical do Human Immunodeficiency Virus (HIV), acesso e qualidade da AB, saúde do idoso e da população negra/indígena (COSTA, 2022).

A tabela 3 a seguir, mostra os principais indicadores do Pacto pela Vida (Portaria GM/MS nº 399/2006), que criou acordos nacionais com metas ligadas aos indicadores mostrados acima. A ideia principal dessa estrutura era juntar a política de financiamento com resultados reais na saúde da população, incentivando as cidades a darem prioridade a áreas importantes da saúde coletiva. Ao mesmo tempo, possibilitou que o acompanhamento fosse feito de um jeito mais aberto, mostrando claramente o que estava indo bem e os problemas do SUS naquele momento.

Tabela 3 - Pacto Pela Vida (Bloco Atenção Básica)

Prioridade	Indicador oficial	Meta nacional (exemplo)	Forma de repasse	Resultados médios (2007–2011)
Redução da mortalidade infantil	Taxa de mortalidade infantil (TMI)	Redução contínua anual	PAB Fixo + ESF/ACS	20,6 (2005) → 15,3 (2011)

Prioridade	Indicador oficial	Meta nacional (exemplo)	Forma de repasse	Resultados médios (2007–2011)
Redução da mortalidade materna	Razão de mortalidade materna (RMM)	Redução contínua anual	Idem	74 (2000) → 58 (2011)
Controle da hipertensão e diabetes	% de hipertensos e diabéticos acompanhados na APS	Ampliar acompanhamento regular	PAB Variável + programas crônicos	Dados Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)/2010: acompanhamento < 60%
Controle da tuberculose	% de cura de casos novos	≥ 85%	Incentivos programáticos	73% (2011)
Controle da hanseníase	% de cura de casos novos; detecção precoce	≥ 90% de cura; redução da taxa de detecção	Idem	Detecção 19,8/100 mil hab. (2010)
Cobertura vacinal	Cobertura vacinal de rotina (penta, polio, tríplice viral)	≥ 95%	PAB + Programa Nacional de Imunizações (PNI)	94% (2009); queda após 2015
Redução da transmissão vertical do HIV	% de recém-nascido (RN) expostos infectados	< 2%	Incentivos específicos	2,8% (2010)
Acesso e qualidade da APS	% da população coberta por ESF; avaliação pelo PMAQ	≥ 50% cobertura ESF em 2010	PAB Variável (ESF/ACS)	53% da população coberta (2010)
Saúde do idoso	% de idosos acompanhados na APS; vacinação influenza	≥ 70% de cobertura de acompanhamento/vacina	PAB Variável + programas do idoso	72% vacinação influenza (2010)
Saúde da população negra e indígena	Ações de equidade e atenção diferenciada	Inclusão nos indicadores do Pacto	Programas específicos	Dados limitados, com ampliação de registros no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena e Sistema de

Prioridade	Indicador oficial	Meta nacional (exemplo)	Forma de repasse	Resultados médios (2007–2011)
				Informação de Agravos de Notificação (SIASI/SINAN)

Fonte: Próprias autoras a partir da Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (2025)

O PMAQ, instituído em 2011, foi importante para o processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS: MS e os gestores estaduais e municipais, representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), respectivamente. Estes órgãos debateram e formularam soluções para um Programa que pudesse permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o Brasil (KASHIWAKURA, et al, 2021).

O PMAQ estava organizado em quatro fases que se complementavam e estabeleciam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB.

- Adesão e Contratualização;
- Desenvolvimento;
- Avaliação Externa;
- Recontratualização;

Possuía 40 indicadores subdivididos em 6 áreas estratégicas (saúde da mulher, saúde da criança, doenças crônicas, produção geral, doenças transmissíveis e saúde mental), alinhados aos programas estratégicos do MS (Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência). Esses indicadores eram classificados em: indicadores de desempenho e indicadores de monitoramento (KASHIWAKURA, et al, 2021), como mostra a Tabela 4.

Tabela 4 - Relação de indicadores de acordo com a Portaria do PMAQ, 2011

ÁREAS ESTRATÉGICAS/INDICADORES					
saúde da mulher	saúde da criança	doenças crônicas	produção geral	doenças transmissíveis	saúde mental
Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica.	Média de atendimentos puericultura.	Proporção de diabéticos cadastrados.	Média de consultas médicas por habitante.	Média de atendimentos de tuberculose.	Proporção de atendimentos em saúde mental exceto de usuários de álcool e drogas
Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada.	Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo.	Proporção de hipertensos cadastrados	Proporção de consultas médicas para cuidado continuado.	Média de atendimentos de hanseníase.	Proporção de atendimentos de usuário de álcool.
Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre	Proporção de crianças menores de 1 ano com vacina em dia.	Média de atendimentos por diabético.	Proporção de consulta médicas de demanda agendada.		Proporção de atendimentos de usuário de drogas.
Proporção de gestantes com pré-natal no mês.	Proporção de crianças menores de 2 anos pesadas.	Média de atendimentos por hipertenso.	Proporção de consulta médicas de demanda imediata.		Taxa de prevalência de alcoolismo.
Proporção de gestantes com vacina em dia.	Média de consultas médicas para menores de 1 ano.	Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio.	Proporção de consulta médicas de urgência com observação.		
Razão entre exames citopatológicos do colo do útero.	Média de consultas médicas para menores de 5 anos.	Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio.	Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência.		

ÁREAS ESTRATÉGICAS/INDICADORES					
saúde da mulher	saúde da criança	doenças crônicas	produção geral	doenças transmissíveis	saúde mental
Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares.	Proporção de crianças com baixo peso ao nascer.		Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado.		
	Proporção de crianças menores de 1 ano acompanhadas no domicílio.		Proporção de encaminhamentos para internações hospitalares.		
	Cobertura de crianças menores de 5 anos no sistema de vigilância alimentar e nutricional.		Média de exames solicitados por consulta médica básica.		
			Média de atendimentos de enfermeiro.		
			Média de visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde por família cadastrada.		
			Proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do programa bolsa família.		

Fonte: Próprias autoras a partir do PAMQ, 2011 (2025)

Com a revisão realizada na PNAB em 2017 a divisão do financiamento passou a ser realizada através de dois blocos: custeio e investimento. No bloco de custeio, os recursos

transferidos eram para manutenção das ações e serviços públicos de saúde. Já no bloco do investimento, os recursos foram destinados à aquisição de equipamentos, obras para novas instalações e reformas (COSTA, 2022).

Porém, de acordo com os autores Funcia et al (2019), Mendes et al (2022), Costa et al (2022), Machado et al (2022) e Silva et al (2024), a insuficiência dos recursos e a austeridade fiscal se intensificaram, principalmente com a Emenda Constitucional Nº 95/2016 que congelou as despesas primárias do governo por 20 anos. Além disso, o incentivo financeiro orientado pelo PAB fixo e variável foram criticados por não favorecerem a responsabilidade social nem a resolutividade da APS.

A limitação do Piso da Atenção Básica Fixo esteve associada à lógica de pagamento per capita, que desconsiderava a população efetivamente coberta pelas equipes, as populações vulneráveis e a efetividade clínica. O Piso da Atenção Variável, ao valorizar exclusivamente a capacidade instalada (como o número de equipes de saúde da família implantadas), desconsiderava a avaliação dos indicadores de saúde municipais (COSTA, 2022, p.2).

Por isso, o MS adotou o Programa Previne Brasil (instituído pela Portaria nº 2.979/2019) como nova forma de transferência dos recursos federais à APS. O novo modelo definiu 3 grandes blocos para as transferências federais, a saber:

1. Capitação ponderada;
2. Incentivo para ações estratégicas;
3. Pagamento por desempenho.

Para melhor apresentação didática, o Quadro 1 traz o conceito de cada um desses blocos. Em seguida será apresentado um detalhamento sobre cada bloco, com exemplos de cálculos para recebimento dos recursos a partir do alcance das metas estabelecidas.

Quadro 1 - Conceito dos blocos que compõem o Previne Brasil

Capitação Ponderada	Pagamento por desempenho	Incentivo para ações estratégicas
<p><b>Capitação:</b> pagamento por pessoa cadastrada (adscrita/vinculada) em eSF e eAP.</p> <p><b>Ponderada:</b> para definir o valor da transferência</p>	<p>Pagamento pelos resultados de indicadores alcançados pelos municípios com eSF e eAP, eSB e equipes multiprofissionais. O conjunto de indicadores é</p>	<p>Pagamento por equipes, serviços ou programas da APS. Cada equipe, serviço ou programa tem seu regramento específico.</p>

Capitação Ponderada	Pagamento por desempenho	Incentivo para ações estratégicas
financeira, são aplicados pesos sobre a população cadastrada, considerando necessidades de saúde e custos assistenciais, com vistas à garantia da equidade.	relacionado a áreas estratégicas e publicado em portaria.	

Fonte: Próprias autoras a partir da Portaria nº 2.979/2019 (2025)

A capitação ponderada considera o quantitativo de pessoas cadastradas em equipes de saúde da família ou equipes de atenção primária pelo município, considerando critérios de equidade como: vulnerabilidade, população no município com até 5 anos e a partir de 65 anos de idade, bem como os custos da provisão de APS nos municípios. Nesse sentido, o cadastro é efetivado através de sistemas de software: Prontuário Eletrônico do Cidadão, sendo reunido no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) (COSTA, 2022).

A Tabela 5 abaixo, detalha a capitação ponderada, um componente chave do Previne Brasil, estabelecida pela Portaria nº 2.979/2019. A construção da tabela se baseou nas orientações ministeriais e em documentos técnicos (manuais de financiamento da APS), permitindo simular o efeito financeiro da capitação ponderada em diferentes cenários populacionais.

O cálculo considerou o número de cadastros individuais de usuários ligados às eSF ou de eAP, ajustado por critérios de equidade populacional. O valor de referência per capita (de acordo com a portaria) foi definido em cerca de R\$ 6,00 (seis reais) por pessoa/mês, totalizando R\$ 600 (seiscentos reais) a cada 100 cadastros. A esse valor inicial são aplicados pesos variáveis para populações prioritárias: crianças de 0 a 5 anos, idosos com 65 anos ou mais e pessoas em vulnerabilidade socioeconômica Cadastro Único (CadÚnico), com fatores de correção entre 1,3 e 1,45. Assim, o repasse por 100 cadastros pode atingir até R\$ 870 (oitocentos e setenta reais), de acordo com a composição demográfica e social da população cadastrada.

Tal metodologia demonstra o objetivo do programa de distribuir recursos de maneira mais equitativa, priorizando municípios com maiores necessidades de assistência.

Tabela 5 - Capitação (Previne Brasil - APS)

Critério	Peso aplicado	Valor médio por 100 cadastros (R\$)	Impacto	Observação
Cadastro base (população geral)	1	600	Regular	Base de cálculo mínima para todos os municípios
Crianças (0–5 anos)	1,3	780	Alto	Considera maior custo assistencial
Idosos (65+)	1,3	780	Alto	Foco na prevenção e doenças crônicas
População em vulnerabilidade (CadÚnico)	1,45	870	Muito alto	Busca reduzir desigualdade social

Fonte: Próprias autoras a partir da Portaria nº 2.979/2019 (2025)

O pagamento por incentivo para ações estratégicas considera 16 programas: Saúde na Hora, eSB, UOM, CEO, LRPD, CR, UBSF, eSFR, microscopista, eABP, PSF, Polo de Academia da Saúde, Informatização de equipe, Custeio aos municípios com Residência Médica e Multiprofissional (COSTA,2022).

Na Tabela 6, observam-se os incentivos financeiros estratégicos, também previstos pela Portaria nº 2.979/2019 e regulamentados por portarias complementares emitidas anualmente pelo MS. Esses incentivos são repasses adicionais relacionados à implementação de programas e ações específicas, como os mencionados anteriormente.

O valor médio foi estimado com base nas faixas de financiamento estabelecidas em portaria (por exemplo, R\$ 15 a 30 mil (quinze a trinta mil reais) por equipe/mês no Saúde na Hora, conforme o tamanho da unidade. Para cada programa, foram definidas metas quadrimestrais de cobertura (como 80% de funcionamento estendido nas UBS ou 70% de escolas atendidas pelo PSE).

A metodologia utilizada para a elaboração da tabela considerou um “município típico” de porte médio, com duas UBS’s participantes do Saúde na Hora, uma eSB, um CR e cinco polos do

PSE. A simulação destaca o montante financeiro potencial, assim como o impacto direto na expansão do acesso e na eficácia dos serviços prestados.

Tabela 6 - Incentivos Estratégicos (Análise Quadrimestral)

Programa/critério	Valor médio repasse (R\$)	Meta quadrimestral	Situação prática (município típico)	Impacto esperado
Saúde na Hora	15–30 mil por equipe	80% funcionamento ampliado	2 UBS = 40 mil	Redução de filas
Saúde Bucal	10 mil por equipe	70% cobertura atendimentos	1 ESB = 10 mil	Mais acesso odontológico
Consultório na Rua	14 mil por equipe	60% pop. alvo atendida	1 equipe = 14 mil	Apoio a pessoas em vulnerabilidade urbana
Saúde na Escola	3 mil por polo	70% escolas cobertas	5 polos = 15 mil	Promoção da saúde infanto-juvenil

Fonte: Próprias autoras a partir da Portaria nº 2.979/2019 (2025)

Por fim, as transferências para o pagamento por desempenho analisam os resultados de 7 indicadores de cada equipe de saúde cadastradas no sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O programa define que o valor do pagamento seja calculado por meio do cumprimento das metas estabelecidas para cada indicador por equipe e condicionado ao tipo de equipe de saúde. Os indicadores considerados para o pagamento são:

- Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a vigésima semana de gestação.
- Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.
- Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.
- Cobertura de exame citopatológico.
- Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e Pentavalente.
- Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre.
- Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (COSTA, 2022).

A Tabela 7 detalha o incentivo financeiro por performance, conforme as diretrizes da Portaria nº 3.222, de 11 de dezembro de 2019. Esse montante é liberado caso as metas de sete marcadores clínicos chave sejam alcançadas: cuidado pré-natal, saúde bucal durante a gravidez, rastreamento (exames de Papanicolau, HIV, sífilis), vacinação, acompanhamento de pacientes com hipertensão e diabetes.

Na elaboração da tabela, foram usadas as metas oficiais (geralmente entre 60% e 95%, dependendo do marcador) e as comparamos com uma simulação de performance das cidades. Demonstramos como o alcance, ou não, dessas metas afeta o valor transferido através de exemplos práticos de cumprimento, performance abaixo do esperado e não cumprimento.

Os valores repassados são calculados com base no número de equipes registradas no CNES e no percentual de metas cumpridas. Mesmo com valores variáveis, a tabela deixa claro que o financiamento depende da eficácia clínica do trabalho das equipes.

Tabela 7 - Repasse por Desempenho

Indicador	Meta	Município típico	Resultado	Situação
Gestantes com $\geq 6$ consultas pré-natal	$\geq 60\%$	65%	Cumpriu	Repasse integral
Gestantes com exames HIV/sífilis	$\geq 60\%$	55%	Abaixo	Repasse reduzido
Atendimento odontológico na gestação	$\geq 50\%$	70%	Superou	Repasse integral
Exame citopatológico (mulheres 25–64 anos)	$\geq 60\%$	62%	Cumpriu	Repasse integral

Cobertura vacinal (Polio/Penta)	≥ 95%	90%	Abaixo	Repasse parcial
Hipertensos com PA aferida (semestral)	≥ 60%	70%	Cumpriu	Repasse integral
Diabéticos com hemoglobina glicada	≥ 60%	58%	Abaixo	Repasse reduzido

Fonte: Próprias autoras a partir da Portaria nº 2.979/2019 (2025)

Nota-se, portanto, que os indicadores do Pacto pela Saúde tinham foco epidemiológico e populacional, já os do PMAQ eram mais amplos e voltados a estrutura, processo e resultados dos serviços e, por fim, os do Previne Brasil estavam voltados ao desempenho clínico e resultados em saúde, com foco em grupos prioritários. Mas, todos os 3 (três) modelos de financiamento giraram em torno de eixos estratégicos (saúde da mulher, saúde da criança, doenças crônicas, produção geral, doenças transmissíveis). Dessa forma, de acordo com Castro Nunes et al (2024), apesar de todas as adequações necessárias as transições de um modelo de financiamento para o outro, existem particularidades semelhantes que caso já estivessem sendo cumpridas, não gerariam tantos desafios de implementação.

### 6.3 Previne Brasil – avanços e retrocessos

Segundo a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, o MS aprovou o novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, por meio do Programa Previne Brasil, que substituiu gradualmente o modelo anterior do PAB fixo e variável (BRASIL, 2019).

A substituição da parte fixa por um modelo de capitação ponderada no novo programa comprometeu a previsibilidade dos repasses, dificultando o planejamento orçamentário, especialmente em municípios com maior vulnerabilidade. Ainda assim, a maioria das ações

anteriormente financiadas pelo PAB variável foi mantida no Programa Previne Brasil (MINAMI et al, 2024).

O Programa foi criado com o intuito de reestruturar o financiamento da APS, com base em critérios como capitação ponderada, ações estratégicas e pagamento por desempenho. O novo modelo buscou aumentar o acesso da população aos serviços e fortalecer o vínculo com as equipes de saúde da família, promovendo maior transparência e efetividade nos repasses financeiros federais (SCHÖNHOLZER et al, 2023).

Segundo MS (2021) o Programa Previne Brasil estruturou um modelo de financiamento focado no acesso das pessoas, de acordo com suas necessidades de saúde, com mecanismos que introduziram a responsabilidade dos gestores e profissionais quanto a alocação e utilização dos recursos públicos, respeitando os critérios previstos no artigo 35 da Lei 8080/1990.

O modelo de financiamento possibilita ao gestor identificar áreas que apresentam a cobertura adequada, inadequada ou insuficiente, bem como, refinar a análise do processo de trabalho das equipes nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e construiu subsídios para a tomada de decisões acerca de alterações que possibilitem o cumprimento das metas priorizadas (LINARD, 2023, p. 4).

O Previne Brasil adotava um modelo de financiamento misto, que buscava equilibrar os valores per capita da população efetivamente cadastrada com o desempenho das equipes de saúde e a adesão a estratégias específicas, como a ampliação do horário de atendimento, informatização da APS, ações com eSB, CR e formação de residentes. Mesmo com os ajustes provocados pela pandemia de Covid-19, o programa promoveu um aumento expressivo no número de cadastros, o que fortaleceu o vínculo entre as equipes e a população atendida, além de favorecer a busca ativa de grupos mais vulneráveis (BRASIL, 2022).

Porém, há debates constantes na literatura sobre os efeitos da modificação do financiamento na APS para os usuários, trabalhadores e gestores do SUS. É possível identificar duas correntes principais nesse debate: de um lado, pesquisadores alinhados à perspectiva governamental (da época de sua implantação) defendem que Previne Brasil fortalece os princípios e conquistas históricas do SUS. De outro lado, parte dos pesquisadores aponta retrocessos decorrentes da implantação do programa (RODRIGUES, 2024).

### 6.3.1 Avanços do Previne Brasil

Entre os principais avanços, destaca-se a introdução de novos mecanismos de cálculo para a distribuição de recursos federais, como a capitação ponderada, os incentivos para ações

estratégicas e o pagamento por desempenho (BRASIL, 2019). Essas inovações têm como objetivo alinhar o financiamento à realidade populacional dos municípios, valorizando aspectos como vulnerabilidades sociais e demográficas.

Segundo Harzheim et al. (2020), o Previne Brasil trouxe uma reforma significativa na APS ao estabelecer parâmetros claros para o monitoramento e a avaliação das equipes de saúde, o que contribuiu para uma maior transparência e eficácia no uso dos recursos públicos. Os autores ressaltam que esse modelo incentivou a ampliação do cadastro populacional, aproximando os serviços de saúde da realidade local. Morosini et al. (2020) também apontam que a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde e a atuação da Agência de Desenvolvimento da APS fortaleceram a organização dos serviços básicos, com um grande potencial para aumentar o acesso dos usuários.

Com a regulamentação dos indicadores de desempenho pela Portaria nº 3.222, de dezembro de 2019, foi possível estabelecer metas claras para avaliar os serviços oferecidos (BRASIL, 2019). Schönholzer et al. (2023), analisaram os dados de 2020 e 2021, conforme visto no Quadro 2, e notaram uma evolução nos indicadores de saúde em várias regiões do país, com ênfase no aumento da cobertura para gestantes e crianças, além de um melhor controle de doenças crônicas nos estados do Sul e Sudeste.

Quadro 2 - Indicadores de desempenho da Atenção Primária à Saúde

Indicadores	Média	Dp <sup>*</sup>	Min <sup>†</sup>	Q <sup>0.25</sup>	Q <sup>0.5</sup>	Q <sup>0.75</sup>	Máx <sup>‡</sup>
Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo da 1ª até a 20ª semana de gestação.	34,7	10,9	6,0	28,0	34,0	42,7	56,0
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV <sup>§</sup> .	46,2	13,2	18,0	38,0	44,5	57,0	72,0
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.	25,7	12,6	6,0	17,0	23,0	32,0	68,0
Cobertura de exame citopatológico.	14,2	4,0	4,0	12,0	15,0	17,0	24,0
Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre.	6,5	4,0	0,0	4,0	6,0	8,7	20,0
Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	12,6	8,4	2,0	6,2	11,0	17,0	49,0

Fonte dos dados secundários: SISAPS, 2022.  
<sup>\*</sup>Dp = Desvio padrão; <sup>†</sup>Min = Mínimo; <sup>‡</sup>Q = Quartil; <sup>§</sup>Máx = Máximo; <sup>||</sup>HIV = Vírus da imunodeficiência humana

Fonte: Schönholzer et al. (2023)

Lopes et al. (2021) ressaltam a evolução dos cadastros individuais no SISAB com o novo modelo de financiamento. A estratégia de recadastramento populacional permitiu que os municípios atualizassem seus dados e planejassem de forma mais eficaz as ações voltadas para as comunidades. Gomes et al. (2022) observaram em Foz do Iguaçu que esse processo de

recadastramento ajudou a mapear as necessidades da população, possibilitando intervenções mais direcionadas.

Com base em análise dos dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), observa-se que a cobertura estimada não tem refletido a cobertura real das eSF quanto ao acesso e ao vínculo da população às referidas equipes, principalmente entre as populações vulnerabilizadas. Assim, ficou patente a necessidade de investir esforços para qualificar a busca, a identificação e o cadastro das pessoas que já acessam as Unidades de Saúde e, principalmente, de superar o desafio do acesso para aquelas pessoas que ainda não estão acessando os serviços da APS, por meio da valoração do cadastro realizado (BRASIL, 2021, p.07).

Outros estudos mostram resultados positivos no fortalecimento da gestão municipal e no desempenho das equipes de saúde. Linard et al. (2023), em um estudo realizado no Maciço de Baturité, relataram avanços no acompanhamento de doenças crônicas, resultado do incentivo ao cumprimento das metas do Previner Brasil. Mesquita et al. (2023) e Paulo et al. (2023), ao analisarem o município de Francisco Morato (SP), destacam que o novo modelo contribuiu para a melhoria da gestão e induziu avanços nos indicadores relacionados ao pré-natal e ao controle de hipertensão e diabetes.

Sartoretto et al. (2024) destacam que, apesar de enfrentar alguns obstáculos iniciais, os gestores municipais estão começando a ver melhorias operacionais graças ao programa. Isso inclui a digitalização de processos e uma definição mais clara das prioridades de saúde. Rodrigues et al. (2024) enfatizam que esse modelo levou a uma maior responsabilização entre as equipes pelos resultados alcançados, incentivando práticas baseadas em evidências e um uso mais eficiente dos recursos.

Na enfermagem, a utilização de sistemas informatizados de saúde potencializou o agrupamento de informações, facilitando as avaliações dos indicadores, além de transmitir confiabilidade maior nos dados, resultando na melhora do planejamento, das ações e intervenções para cada território assistido (SARTORETTO, 2024, p.04).

Minami et al. (2024) apontam que o Previner Brasil, ao vincular o financiamento ao desempenho, fomentou uma cultura de avaliação contínua e aprimorou as capacidades de monitoramento do MS. Essa mudança ajudou a direcionar recursos públicos para as áreas mais estratégicas da atenção primária à saúde.

Portanto, mesmo com algumas críticas existentes, os estudos mostram que o Previner Brasil fez avanços significativos no fortalecimento da APS, levando a uma maior transparência, eficiência e responsabilização entre gestores e profissionais de saúde.

A Figura 1 ilustra como estão organizadas as principais contribuições do programa em categorias temáticas, ligadas aos autores que as analisaram. Na área de Financiamento Eficiente, destacam-se a capitação ponderada e o direcionamento estratégico dos recursos (HARZHEIM et

al., 2020; MINAMI et al., 2024). O Aumento de Cobertura é evidenciado pela ampliação do cadastro populacional e pela melhoria nos indicadores de saúde materno-infantil e doenças crônicas (LOPES et al., 2021; SCHÖNHOLZER et al., 2023). Por sua vez, o fortalecimento da gestão abrange o aprimoramento dos processos administrativos e uma maior clareza nas metas para as equipes de saúde (SARTORETTO et al., 2024; RODRIGUES et al., 2024).

Figura 1 - Mapa Conceitual dos Avanços



Fonte: Próprias autoras (2025)

O Gráfico 1 mostra como os principais aspectos positivos do Programa Previnde Brasil evoluíram entre 2019 e 2024 através de sua menção nos artigos lidos. É interessante notar que o avanço no Financiamento Eficiente foi constante durante todo esse período, alcançando seu ponto máximo em 2024. Esse progresso se deve à implementação da capitação ponderada e à redistribuição de recursos com base em critérios de vulnerabilidade social e territorial. Por outro lado, o Aumento de Cobertura teve um crescimento mais acentuado a partir de 2021, refletindo a ampliação do cadastro populacional no SISAB e o aumento na cobertura de pré-natal e no acompanhamento de doenças crônicas. O Fortalecimento da Gestão também mostrou avanços graduais, impulsionados por melhorias na informatização e pela maior responsabilização das equipes municipais em relação ao cumprimento das metas estabelecidas.

Gráfico 1 - Avanços do Programa Previne Brasil (2019-2024)



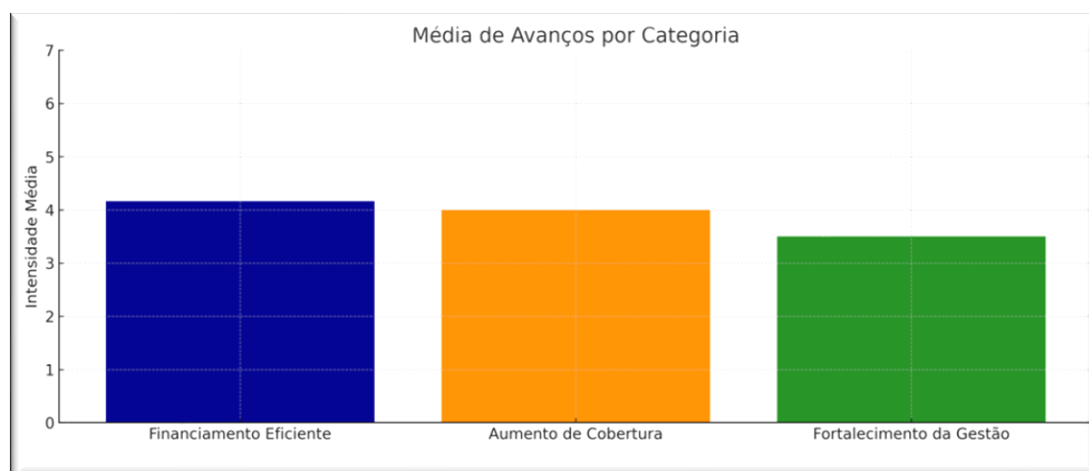
Fonte: Próprias autoras (2025)

LEGENDA – Intensidade dos Avanços:

- 1- Impacto mínimo ou pontual – Mencionado por poucos estudos, sem abrangência regional.
- 2- Impacto leve – Presente em estudos localizados ou com efeitos discretos.
- 3- Impacto moderado – Aparece com frequência em regiões específicas, mas ainda controlável.
- 4- Impacto Significativo – Recorrente em diversas fontes e com efeitos mais perceptíveis.
- 5- Impacto alto – Fortemente relatado em estudos, com abrangência regional/nacional.
- 6- Impacto muito alto – Citado por muitos autores, com dados oficiais apontando consequências graves.

O Gráfico 2 resume os dados da linha do tempo e mostra a intensidade média dos avanços em cada dimensão, ainda considerando a meção realizada pelos autores. É importante notar que o Financiamento Eficiente se destacou, alcançando a maior média entre as categorias. Isso indica que as mudanças no modelo de repasse de recursos foram vistas como o principal fator positivo pelos gestores municipais e profissionais de saúde. Logo em seguida, temos o Aumento de Cobertura e, por último, o Fortalecimento da Gestão. Isso demonstra que, embora todos os aspectos tenham evoluído, o impacto variou conforme o eixo analisado.

Gráfico 2 - Média de Avanços por Categoria



Fonte: Próprias autoras (2025)

LEGENDA – Intensidade média:

- 1- Impacto mínimo ou pontual – Mencionado por poucos estudos, sem abrangência regional.
- 2- Impacto leve – Presente em estudos localizados ou com efeitos discretos.
- 3- Impacto moderado – Aparece com frequência em regiões específicas, mas ainda controlável.
- 4- Impacto Significativo – Recorrente em diversas fontes e com efeitos mais perceptíveis.
- 5- Impacto alto – Fortemente relatado em estudos, com abrangência regional/nacional.
- 6- Impacto muito alto – Citado por muitos autores, com dados oficiais apontando consequências graves.

### 6.3.2 Retrocessos do Previne Brasil

Harzheim et al. (2020) destaca o Previne Brasil como a base de uma reforma na APS, mas observam que a ênfase em indicadores de desempenho pode beneficiar municípios com uma estrutura mais robusta, em detrimento das áreas mais vulneráveis. Morosini et al. (2020) reforçam essa visão ao apontar que o programa tende a favorecer um modelo de gestão focado em resultados quantitativos, o que pode enfraquecer ações coletivas e comunitárias que são essenciais para a promoção da saúde. De maneira ainda mais incisiva, Seta et al. (2021) caracteriza o Previne Brasil como o ápice das ameaças à APS, considerando que o novo modelo de financiamento fragiliza a integralidade e a equidade do cuidado no SUS.

Estudos realizados nos anos seguintes mostram os impactos dessas mudanças. Schönholzer et al. (2023), ao analisarem dados entre 2020 e 2021, constataram que, embora houvesse alguma evolução nos indicadores gerais de desempenho, estados das regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram resultados estagnados ou negativos, não conseguindo atingir as metas estabelecidas para doenças crônicas. Gomes et al. (2022) relata as dificuldades enfrentadas por municípios como

Foz do Iguaçu para realizar o recadastramento populacional exigido pelo programa, o que prejudicou o acesso de parte da população aos serviços de saúde.

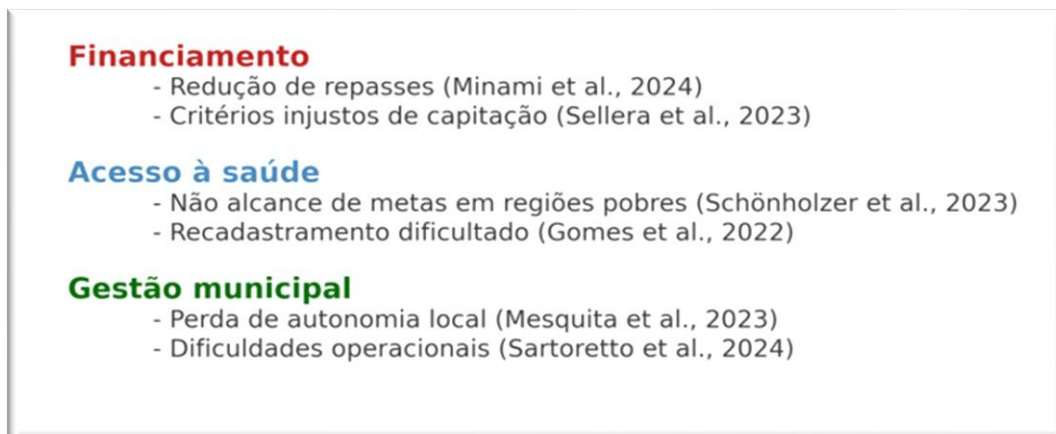
Outros estudos regionais, como os de Lucena et al. (2022) e Linard et al. (2023), mostram os impactos negativos do Previne Brasil na reorganização das equipes de APS e no monitoramento de doenças crônicas, especialmente em áreas mais vulneráveis. Em Francisco Morato (SP), Paulo et al. (2023) e Mesquita et al. (2023) destacaram que a lógica do pagamento por desempenho acabou ampliando desigualdades locais e diminuindo a autonomia dos gestores municipais.

Além disso, Sellera et al. (2023) analisaram os efeitos da capitação ponderada e notaram que esse mecanismo incentivou um aumento no número de cadastros populacionais, mas trouxe prejuízos à qualidade do atendimento individualizado e à manutenção de estratégias de cuidado comunitário. Sartoretto et al. (2024) identificaram que gestores municipais enfrentavam dificuldades para implementar o novo modelo, citando problemas como falta de informações confiáveis, sistemas informatizados deficientes e incertezas sobre os critérios de cálculo populacional. Minami et al. (2024) destacam ainda a tendência de estagnação e até redução real dos repasses federais à APS em algumas capitais brasileiras, evidenciando um cenário fiscal desafiador para a sustentabilidade do SUS.

Essas análises revelam que, apesar do discurso de modernização, o Previne Brasil acabou trazendo retrocessos significativos. O programa não só aprofundou as desigualdades regionais, mas também comprometeu o princípio da universalidade ao condicionar uma parte importante do financiamento ao cumprimento de metas e indicadores quantitativos, que muitas vezes estão desconectados da realidade dos territórios mais vulneráveis. Assim, longe de fortalecer a APS, o novo modelo de financiamento trouxe ameaças à equidade e à integralidade do cuidado, exigindo revisões urgentes para evitar o enfraquecimento da principal porta de entrada do SUS.

Na Figura 2, encontramos uma organização que mostra os principais problemas identificados de forma categorizada, com ênfase nos autores que os discutiram. Na dimensão do financiamento, destacam-se a redução real dos repasses e as distorções na captação ponderada (Sellera et al., 2023; Minami et al., 2024). Na dimensão do acesso à saúde, os estudos de Schönholzer et al. (2023) e Gomes et al. (2022) apontam o não alcance das metas e as dificuldades de recadastramento populacional. Já no campo da gestão municipal, Mesquita et al. (2023) e Sartoretto et al. (2024) destacam a perda de autonomia e os desafios para operacionalizar o modelo, respectivamente. Essa representação ajuda a entender as inter-relações entre os problemas e ilustra, de forma visual, como diferentes aspectos do programa impactaram a estrutura da APS.

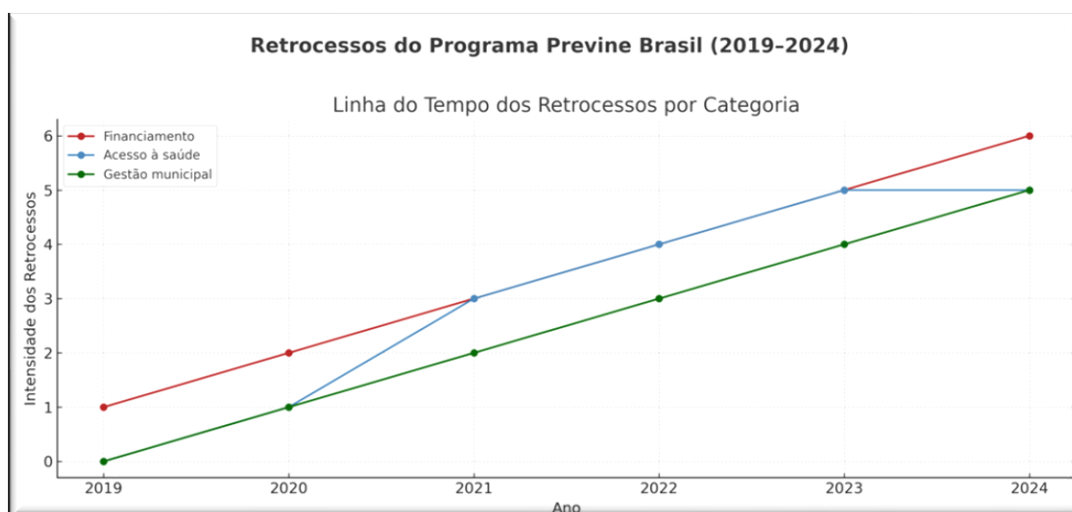
Figura 2 - Mapa Conceitual dos Retrocessos



Fonte: próprias autoras (2025)

Como pode ser visto no Gráfico 3, a evolução dos impactos negativos do Programa Previnde Brasil entre 2019 e 2024 é bastante clara. Os retrocessos relacionados ao financiamento aumentaram continuamente desde a implementação inicial do programa, alcançando seu ponto mais crítico em 2024. A categoria Acesso à Saúde mostra um crescimento expressivo das dificuldades a partir de 2021, especialmente nas regiões Norte e Centro-Oeste, onde os estados não conseguiram atingir as metas acordadas. Além disso, a Gestão Municipal também apresenta uma tendência de agravamento, com destaque para a redução da autonomia local e os desafios operacionais identificados.

Gráfico 3 - Retrocessos do Programa Previnde Brasil (2019 – 2024)



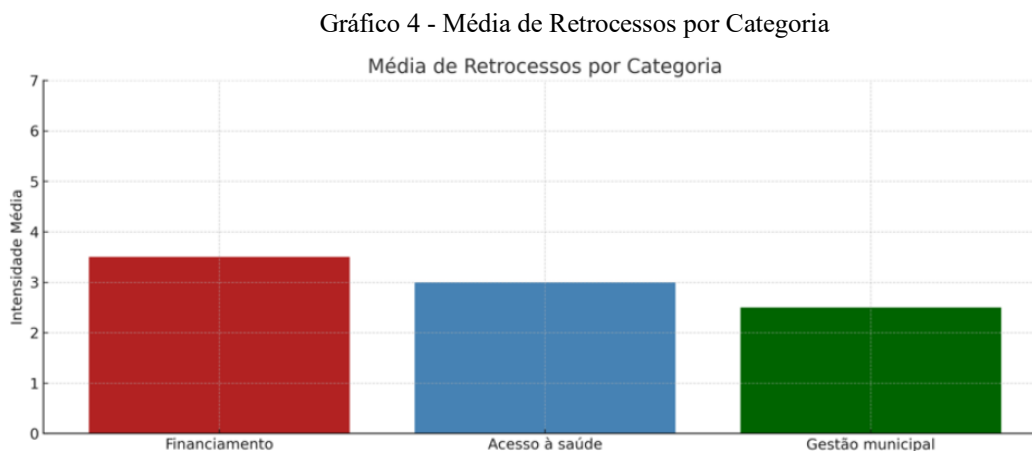
Fonte: Próprias autoras (2025)

LEGENDA – Intensidade dos Retrocessos

1- Impacto mínimo ou pontual – Mencionado por poucos estudos, sem abrangência regional.

- 2- Impacto leve – Presente em estudos localizados ou com efeitos discretos.
- 3- Impacto moderado – Aparece com frequência em regiões específicas, mas ainda controlável.
- 4- Impacto Significativo – Recorrente em diversas fontes e com efeitos mais perceptíveis.
- 5- Impacto alto – Fortemente relatado em estudos, com abrangência regional/nacional.
- 6- Impacto muito alto – Citado por muitos autores, com dados oficiais apontando consequências graves.

Uma forma de mostrar a síntese dos dados da linha do tempo é através do Gráfico 4, que permite uma comparação objetiva da intensidade média dos retrocessos em cada dimensão analisada. É possível notar que a maior média de retrocessos ocorreu na dimensão do financiamento, indicando que o novo modelo impactou diretamente os repasses federais e a sustentabilidade financeira da Atenção Primária à Saúde. Em segundo lugar, a gestão municipal apresentou média elevada de dificuldades, resultado das mudanças impostas pela lógica de pagamento por desempenho e capitação ponderada. Por último, o acesso à saúde, embora também afetado, teve uma média um pouco inferior, refletindo que os efeitos sobre a população variaram de acordo com a capacidade de resposta dos municípios.



Fonte: Próprias autoras (2025)

LEGENDA – Intensidade média:

- 1- Impacto mínimo ou pontual – Mencionado por poucos estudos, sem abrangência regional.
- 2- Impacto leve – Presente em estudos localizados ou com efeitos discretos.
- 3- Impacto moderado – Aparece com frequência em regiões específicas, mas ainda controlável.
- 4- Impacto Significativo – Recorrente em diversas fontes e com efeitos mais perceptíveis.
- 5- Impacto alto – Fortemente relatado em estudos, com abrangência regional/nacional.
- 6- Impacto muito alto – Citado por muitos autores, com dados oficiais apontando consequências graves.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar os pontos principais da história do financiamento do SUS, o programa Previne Brasil dentro desse contexto pode ser considerado um avanço, uma vez que retomou e ampliou pontos importantes estabelecidos pelas Leis Orgânicas de Saúde, Constituição Federal de 1988, Pacto pela Saúde e Emenda Constitucional N° 29. Além disso, contribuiu para o fortalecimento da APS, transparência da alocação dos recursos (evitando corrupções), gestão mais eficiente e incentivo a inovação (BRASIL,2022).

Porém, analisando o programa na perspectiva da sociedade atual, ele pode ser considerado um retrocesso, uma vez que foi uma mudança abrupta no modelo de alocação orçamentária da Política de Atenção Básica do SUS e não houve prévia discussão sobre essa portaria no Conselho Nacional de Saúde, além de estabelecer uma centralização excessiva na gestão. É importante frisar que para as ações de saúde serem realizadas, é preciso a participação de todos: gestores, profissionais de saúde e da população.

A necessidade de cadastramento do cartão do SUS desviou a atenção dos ACS das visitas domiciliares. As metas estabelecidas pelo programa para os indicadores também não levavam em conta o diagnóstico situacional dos municípios, o que dificultava o recebimento dos recursos (MENDES, 2022).

Nesse sentido, vale refletir que toda e qualquer política sempre terá um lado bom e um lado ruim, pois ela depende de questões socioeconômicas e da realidade do momento de cada país. O que se nota atualmente no Brasil é um país que precisa de políticas públicas, mas não tem os artifícios para maximizar e sustentar essas políticas.

Por fim, é fundamental que as políticas públicas sejam acompanhadas de fiscalização. Não adianta apenas planejar e executar, é necessário monitorar e avaliar as ações realizadas.

Apenas a título de conhecimento (e não de objetivo deste trabalho), durante o desenvolvimento do estudo, o Previne Brasil foi substituído pela nova política de financiamento, instituída pela Portaria N° 3.493/2024, focada em um cofinanciamento federal. O repasse de recursos é baseado em 3 componentes principais: fixo por equipe, vínculo e acompanhamento territorial. A atenção passa a ser o usuário cadastrado completo com domicílio e acompanhado, não mais por eSF e eAP, mas também por e-multi e saúde bucal, ou seja, houve uma ampliação na consideração das equipes de assistência. O novo sistema visa ampliar o acesso e a qualidade do atendimento, priorizando a saúde da família, e usa indicadores de desempenho para direcionar os recursos para os municípios que mais precisam, buscando maior equidade no SUS.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Isabelle Maria Mendes de; SILVA, Gabriela Pires da; SILVA, Gislaney Stefane Felício da; SILVA, Sidclei dos Santos; LIMA, Roberval Edson Pinheiro de; NASCIMENTO, Dmitri Felix do. **Atenção primária e informação em saúde: desempenho e financiamento no município de Natal/RN.** Rev. Ciênc. Plur., [S. l.], v.10, n.2, p.36337, 29 ago. 2024. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1570294>. Acesso em: 22 mai. 2025.

BRASIL. Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 30 jun. 2024.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.* Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 set. 2000. Seção 1. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm). Acesso em 30 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006: **Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS.** Brasília, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 01 jul. 2024.

BRASIL. *Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012.* **Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 jan. 2012. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). Acesso em: 01 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017.* **Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 dez. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992\\_28\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html). Acesso em: 29 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS 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, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html). Acesso em: 29 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. **Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.** Diário

Oficial da União, Brasília, DF, 11 dez. 2019. Seção 1, p. 172. Disponível em: [https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt3222\\_11\\_12\\_2019.html](https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt3222_11_12_2019.html). Acesso em: 01 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual instrutivo financiamento da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_financiamento\\_aps.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_financiamento_aps.pdf). Acesso em: 29 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Ações para a implementação do Programa Previne Brasil: modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2022. 178 p. ISBN 978-65-5993-386-0. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes\\_implementacao\\_previne\\_brasil\\_aps.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_implementacao_previne_brasil_aps.pdf). Acesso em: 05 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Previne Brasil**. Brasília, 21 de dez. de 2022. Disponível em: [www.gov.br](http://www.gov.br). Acesso em: 1 de jul. de 2024.

CAVALCANTE, Livia Teixeira Canuto; OLIVEIRA, Adélia Augusta Souto de. **Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos**. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 83–102, abr. 2020. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-11682020000100006&script=sci\\_arttext](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-11682020000100006&script=sci_arttext). Acesso em: 05 jul. 2024.

CASTRO-NUNES, Paula de; PALMIERI, Paloma; BELLAS, Hugo; et al. **Efeitos da remuneração por desempenho na atenção primária em um cenário de sub-registro**. *Revista de Saúde Pública (Online)*, São Paulo, v. 58, n. 44, 2024. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1576731>. Acesso em: 15 abr. 2025.

COSTA, N. DO R.; SILVA, P. R. F. DA; JATOBÁ, A. **A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil**. *Saúde em Debate*, v. 46, n. spe8, p. 08–20, dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E801>. Acesso em: 15 abr. 2025.

FUNCIA, Francisco Rózsa. **Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4405–4415, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n12/4405-4415/>. Acesso em: 16 abr. 2025.

GOMES, Marília Miranda Forte; et al. **Recadastramento da população residente em Foz do Iguaçu, Brasil, em atendimento à Política de Atenção Primária à Saúde**. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 46, e158, 2022. DOI: 10.26633/RPSP.2022.158. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2022.v46/e158/>. Acesso em: 16 abr. 2025.

HARZHEIM, Erno. **“Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n4/1189-1196/>. Acesso em: 5 jul. 2024.

HARZHEIM, Erno; et al. **Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 609-617, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202272.20172021>. Acesso em: 15 abr. 2025.

HARZHEIM, Erno; et al. **Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n4/1361-1374/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

KASHIWAKURA, Helder Kiyoshi; GONÇALVES, Andréa de Oliveira; AZEVEDO, Ricardo Rocha de; et al. **Um retrato da atenção primária brasileira: gasto municipal e infraestrutura nos municípios do Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 2, p. 3397–3408, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021269.2.37112019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26suppl2/3397-3408/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

KOIFMAN, Lilian. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 472–474, set. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/wFdCrstSBPqxqPMPGHJbwQm/>. Acesso em: 27 jun. 2024

LINARD, Andrea Gomes; et al. **Avaliação dos indicadores de desempenho do programa Previne Brasil no Maciço de Baturité: doenças crônicas.** *SciELO Preprints*, 2023. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.6322. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/6322>. Acesso em: 15 abr. 2025.

LOPES, Síntique Priscila Alves; et al. **Evolução dos cadastros individuais no SISAB a partir do novo financiamento da Atenção Básica: um estudo descritivo.** *SciELO Preprints*, 2021. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.2135. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2135>. Acesso em: 15 abr. 2025.

LUCENA, Dayanne Silva de. **O programa Previne Brasil e seus potenciais reflexos na (re)organização da Atenção Primária à Saúde do estado do Rio de Janeiro.** 2022. 125 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1396323>. Acesso em: 15 abr. 2025.

MACÊDO, Everton; SILVA, Anderson José Rocha da; CAVALCANTI, Ivanessa Thaianne do Nascimento; et al. **Análise dos modelos de pagamento aplicados ao financiamento federal na perspectiva do Sistema Único de Saúde.** *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde* (impresso), v. 14, suplemento 1, p. 65–76, fev. 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/04/1363089/jbes-especialportugues-65-76.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2025.

MACHADO, Everton F. G. **A transferência de recursos federais à Atenção Primária à Saúde: a nova modalidade do Programa Previne Brasil na perspectiva do financiamento do SUS.** 2022. 223 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-09082022-133542/pt-br.php>. Acesso em: 15 mai. 2025.

MASSUDA, A. **Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1181–1188, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>. Acesso em: 15 abr. 2025.

MESQUITA, Eduardo de França. **Efeitos do programa Previne Brasil na Atenção Primária à Saúde do município de Francisco Morato: o papel do governo federal na modulação da gestão** [monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2023. 72 f. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/03/1418963/tcc-eduardo-de-franca-mesquita.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2025.

MELAMED, Clarice; PIOLA, Sérgio Francisco. **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011. 356 p. Disponível em: [https://www.academia.edu/72794342/Políticas\\_públicas\\_e\\_financiamento\\_federal\\_do\\_Sistema\\_Único\\_de\\_Saúde](https://www.academia.edu/72794342/Políticas_públicas_e_financiamento_federal_do_Sistema_Único_de_Saúde). Acesso em: 3 jun. 2025.

MELO, Eduardo Alves et al. **Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil**. *Saúde em Debate* [online]. v. 43, n. spe5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S512>. Acesso em: 15 abr. 2025.

MENDES, Áquilas; MELO, Mariana Alves; CARNUT, Leonardo. **Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621>. Acesso em: 06 jul. 2024.

MINAMI, Joyce; et al. **Tendências de financiamento da Atenção Primária à Saúde em uma capital brasileira**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 11, p. e01202024, 2024. DOI: 10.1590/1413-812320242911.01202024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2024.v29n11/e01202024/>. Acesso em: 03 jul. 2025.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Ângela Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?** *Cadernos de Saúde Pública (Online)*, v. 36, n. 3, e00043663, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/fiocruz/resource/pt/arc-43663>. Acesso em: 03 jul. 2025.

RODRIGUES, Ester Cano; EBERHARDT, Leonardo Dresch. **Programa Previne Brasil: análise do processo de implementação em um município da região Sul**. *Saúde em Debate*, v. 48, n. 140, e8385, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2024.v48n140/e8385/>. Acesso em: 03 jul. 2025.

ROSA, Leonardo; ARRUDA, Helena; FARIA, Manuel; MREJEN, Matías; NOBRE, Victor; AGUILLAR, Arthur; ROCHA, Rudi. **Previne Brasil: Análise da distribuição dos recursos e diagnóstico de resultados**. Estudo Institucional n. 9. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2023. Disponível em: <https://ieps.org.br/estudo-institucional-09/>. Acesso em 06 jul. 2024.

PAULO, Rodrigo Lucas. **Previne Brasil, uma herança bolsonarista que agrava o (des)financiamento do SUS: análise dos impactos do Pagamento por Desempenho no município de Francisco Morato (SP)** [monografia]. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde

de São Paulo; Instituto de Saúde, 2023. 49 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1419069>. Acesso em: 06 jul. 2025.

PEREIRA, Blenda Leite Saturnino; SILVA, Jurandi Frutuoso; JUNQUEIRA, Mauro Guimarães; et al. **Financiamento da saúde no Brasil: perspectivas dos estados e municípios**. Brasília: Conass, 2025. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/download/12058/>. Acesso em: 05 jun. 2025.

PRESTES, Maria Luci de Mesquita. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia**. 3. ed., 1. reimp. São Paulo: Rêspel, 2008. Disponível em: <https://www.scribd.com/document/414282523/PRESTES-PESQUISA-E-A-CONSTRUCAO-DO-CONHECIMENTO-CIENTIFICO-pdf>. Acesso em: 05 jul. 2024.

SANAR. **Resumo do Financiamento do SUS: repasse de recursos, valores mínimos**, 31 de mai. de 2021. Disponível em: [Resumo do Financiamento do SUS: repasse de recursos, valores mínimos e mais! - Sanarmed](#). Acesso em: 1 de jul. 2024.

SARTORETTO, Eduarda Antônia; TOMBINI, Larissa Hermes Thomas; MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello; GEREMIA, Daniela Savi; ROSSETTO, Maíra; ARAÚJO, Jeferson Santos. **Facilidades e dificuldades do Previne Brasil**. *Revista de Enfermagem da UERJ (Online)*, v. 32, e79433, 2024. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1554395>. Acesso em: 15 abr. 2025.

SCHÖNHOLZER, T. E.; et al. **Indicadores de desempenho de la Atención Primaria del Programa Previne Brasil**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 31, e4007, jan. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6640.4007>. Acesso em: 15 abr. 2025.

SELLERA, P. E. G. et al. **Incentivo de capitação ponderada (Programa Previne Brasil): impactos na evolução do cadastro populacional na APS**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 9, p. 2743–2750, set. 2023. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1505961>. Acesso em: 15 abr. 2025.

SERVO, Luciana Dias de Lima; PIOLA, Sérgio Francisco; PAIVA, Andrea Barbosa de; et al. **Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória recente e cenários para o futuro**. *Revista Análise Econômica*, Porto Alegre, ano 30, n. especial, p. 9–33, 2012. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica/article/view/25261>. Acesso em: 22 jul. 2025.

SETA, Marismary Horsth de; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; RAMOS, André Luis Paes. **Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, supl. 2, p. 3781-3786, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26suppl2/3781-3786/>. Acesso em: 2 jul. 2024.

SILVA, Elisabete Teixeira da. **O financiamento da Atenção Primária à Saúde – Programa Previne Brasil: uma análise sobre os municípios da região noroeste fluminense**. 2024. 247 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <https://busqueda.bvsalud.org/portal/resource/fr/biblio-1593018>. Acesso em: 3 jun. 2025.

SILVA, Anderson Silva da; et al. **Transferências federais por emendas parlamentares aos municípios: implicações para o financiamento do SUS.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 7, p. e03152024, 2024. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1564275>. Acesso em: 27 jun. 2024.

SILVA JÚNIOR, Valdecir Barbosa da. **Repercussões do Programa Previne Brasil em um município do interior de Pernambuco.** 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Coletiva) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz / Universidade Federal de Pernambuco. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1571069>. Acesso em: 17 jul. 2025.

SOARES, C. S.; et al. **Impacto da mudança do modelo de financiamento da atenção primária à saúde para municípios do estado de Minas Gerais, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, n. 4, p. e12892023, abr. 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KYy5WHv6P5BynMLPrrgSbvd/?lang=pt>. Acesso em: 07 jun. 2025.

ZIBORDI, Sheila de Carvalho; VIANA, Mônica Martins de Oliveira; MALINVERNI, Cláudia. **As mudanças das políticas orientadoras da Atenção Primária à Saúde (APS) e o Programa Previne Brasil: os sentidos atribuídos pela gestão municipal de saúde: resumo executivo.** São Paulo: Instituto de Saúde, 2023. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1552248>. Acesso em: 7 jun. 2025.