

Financiamento Federal da Atenção Básica à Saúde no SUS: uma revisão narrativa.

Danilo Aquino Amorim¹ e Áquilas Nogueira Mendes²

¹ Especialista em Economia e Gestão da Saúde pela Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP).

² Docente da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP)

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar o financiamento federal da atenção básica à saúde no SUS e os aspectos que conformaram o financiamento, as transferências de recursos e as características desse nível de atenção ao longo dos 30 anos de existência do SUS. Tratou-se de uma revisão narrativa da literatura, norteada pela análise do financiamento federal da atenção básica. Foi utilizado o Portal Regional da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) para pesquisa e recuperação das publicações. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 10 publicações foram incluídas nessa revisão. Há consenso na literatura de que a atenção básica representa a principal estratégia de transformação do modelo de atenção à saúde a partir da criação do SUS. No entanto, os autores apresentam visões distintas sobre como o financiamento federal e as formas de transferência de recursos entre os entes federativos impactaram sobre a implantação da atenção básica no Brasil.

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária Brasileira surge no contexto de luta contra a ditadura civil-militar, enquanto concepção de um amplo processo de transformação social e expressão de um projeto civilizatório, dentro do qual se insere um projeto específico para o setor saúde, assentado na concepção de saúde como direito². Embora o movimento sanitário não tenha conseguido empreender a reforma esperada, transformando tanto as condições de saúde como a própria sociedade, ele contribuiu para a difusão da noção de direito à saúde, como parte da cidadania

e para a reforma democrática do Estado²².

A forte associação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira com a transformação do Estado e da sociedade em uma democracia acrescentaram algumas características importantes ao sistema de proteção social brasileiro, criado na Constituição sob a denominação de seguridade social. O novo modelo constitucional de política social é caracterizado pelo reconhecimento dos direitos sociais, universalidade da cobertura, afirmação dos deveres do Estado, subordinação

das práticas privadas à regulação com base na relevância pública das ações e serviços, abordagem orientada para o público (em contraposição a uma abordagem de mercado), estrutura descentralizada e cogestão pelo governo e sociedade¹⁰.

Esse amplo movimento social da Reforma Sanitária Brasileira possibilitou, entre outras transformações, a garantia constitucional da saúde como “direito de todos e dever do Estado”, levando a criação de um sistema público e universal de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado a partir dos princípios de universalidade, integralidade, equidade, regionalização, descentralização e participação popular.

No Brasil, a partir da criação do SUS, a atenção básica a saúde tornou-se a principal estratégia de reorientação do modelo assistencial e ampliação do acesso aos serviços de saúde²⁴. O modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF) tornou-se a base da atenção básica no Brasil e estrutura-se a partir de equipes multiprofissionais de base territorial, abordagem de cuidado individual e coletivo, primeiro ponto de contato com o sistema de saúde e início de um processo contínuo de atenção em uma rede integral e regionalizada de serviços⁴. Paralelamente a essa reorientação do modelo assistencial, a operacionalização da política de saúde foi alterada, isto é, houve avanço do processo de municipalização, da coordenação dos municípios em nível das regiões de saúde e do estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações e

serviços de saúde, especialmente em nível da atenção básica¹⁹.

Diversos estudos demonstram os impactos da ESF na saúde da população brasileira, destacando-se a redução da mortalidade infantil e de hospitalizações evitáveis, a ampliação do acesso a ações e serviços de saúde e a redução de desigualdades sociais em saúde¹. Mesmo diante de avanços relevantes, ainda são enumerados diversos desafios para a consolidação da atenção básica no Brasil, como financiamento, qualificação da coordenação do cuidado, integração da rede assistencial, resolutividade, homogeneização imposta pelo gestor federal, entre outros^{8, 12, 14}.

Há evidências de que sistemas universais estruturados a partir de uma APS forte e com financiamento e prestação predominantemente públicos apresentam resultados superiores em termos de qualidade, eficiência e equidade em saúde^{27, 26}. Na América Latina, observam-se diferentes arranjos de financiamento que se relacionam aos modelos de atenção primária à saúde, variando de transferências do nível central a programas específicos (Argentina, Equador, Guiana, Venezuela) tendo, ainda, como base alocação de valores per capita, como nos casos de Brasil e Chile¹¹.

No caso brasileiro, o financiamento da atenção básica se dá em composição tripartite, sendo que o Piso da Atenção Básica (PAB) constitui-se no componente federal para o financiamento da atenção básica, composto de uma fração fixa e outra variável. O PAB Fixo é destinado ao

financiamento das ações de atenção básica em geral, estabelecido por um valor per capita/ano. O PAB Variável é composto de incentivos que o Ministério da Saúde repassa sempre que os municípios se comprometam a realizar práticas determinadas ou façam adesão a “formas de organização” de atenção básica propostas pelo Ministério da Saúde⁵. De uma forma geral, os valores transferidos pelo Ministério da Saúde são insuficientes para financiar uma atenção básica integral e resolutiva, fazendo com que os municípios se responsabilizem por parcela considerável do financiamento da atenção básica ou levando a estruturação de uma atenção básica seletiva e focalizada²⁰.

A estruturação de uma atenção básica integral no âmbito de um sistema universal de saúde, enquanto expressão de cidadania plena passa necessariamente pelo fortalecimento do financiamento do SUS, através de sua expansão e da inibição da captura do fundo público pelo capital privado. Essa é uma demanda histórica dos movimentos em defesa da saúde pública no Brasil, que esbarra em constrangimentos políticos e econômicos impostos pelo capitalismo contemporâneo financeirizado e sua crise estrutural²⁰.

Há necessidade de catalogar os estudos na área de economia da saúde voltados ao financiamento da atenção básica, de forma a compreender o desenvolvimento histórico desse nível de atenção no Brasil, o contexto de sua expansão, os constrangimentos impostos para sua consolidação, a

relação das formas de transferências de recursos com a conformação de modelos assistenciais locais e o atendimento das necessidades de saúde da população brasileira.

Dessa forma, o presente estudo pretende analisar o financiamento federal da atenção básica à saúde no SUS no período de 1988 a 2018 e os aspectos que conformaram o financiamento, as transferências de recursos e as características desse nível de atenção ao longo dos 30 anos de existência do SUS.

2 MÉTODO

Trata-se de revisão narrativa da literatura, norteada a partir da seguinte pergunta: “O que a literatura científica apresenta sobre o financiamento federal da atenção básica à saúde no Brasil nos últimos 30 anos de existência do SUS?”. A revisão narrativa da literatura consiste na construção de uma análise ampla, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos. O propósito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores⁶. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão³.

A revisão foi conduzida em seis etapas: escolha da pergunta de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; seleção da amostra; busca pelas informações

desejadas nos manuscritos; inclusão dos trabalhos selecionados; discussão e análise dos resultados.

A partir da pergunta de pesquisa foi possível definir os seguintes itens-chave: “financiamento”; “atenção primária à saúde” e “SUS”. Por meio dos itens-chave foi possível derivar os descritores através da plataforma

DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), recurso da base de dados BVS/BIREME para a identificação da terminologia padronizada que auxilia na definição dos assuntos e na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica. Os descritores derivados de cada item-chave estão sistematizados no Quadro 1.

Quadro 1. Definição dos itens-chaves e descritores no DeCS/BIREME.

Itens-chave	Descritores
Financiamento	Gastos em Saúde Custos de Cuidados de Saúde Investimentos em Saúde Recursos Financeiros em Saúde Financiamento da Assistência à Saúde
Atenção primária à saúde	Atenção Primária à Saúde Serviços Básicos de Saúde Saúde da Família Estratégia Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

Foi utilizado o Portal Regional da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) para pesquisa e recuperação das publicações. A princípio foram realizadas buscas para cada grupo de

descritores compondo sintaxes com o operador booleano “OR”. O resultado dessas busca está detalhado no Quadro 2.

Quadro 2. Resultado das buscas por grupos de descritores.

Descritores/ Sintaxe	Número de Estudos Encontrados
(mh:("Gastos em Saúde")) OR (mh:("Custos de Cuidados de Saúde")) OR (mh:("Investimentos em Saúde")) OR (mh:("Recursos Financeiros em Saúde")) OR (mh:("Financiamento da Assistência à Saúde"))	63.435
(mh:("Atenção Primária à Saúde")) OR (mh:("Serviços Básicos de Saúde")) OR (mh:("Saúde da Família")) OR (mh:("Estratégia Saúde da Família"))	121.394
(mh:("Sistema Único de Saúde"))	9.899

A estratégia de busca prosseguiu utilizando o operador booleano “AND” para explorar a conexão entre os conjuntos de descritores definidos. O resultado dessa fase de exploração definiu a seguinte sintaxe de busca:

(" Financiamento da Assistência à Saúde " OR " Gastos em Saúde " OR " Recursos Financeiros em Saúde " OR " Custos de Cuidados em Saúde " OR " Investimentos em Saúde") AND (" Atenção Primária à Saúde " OR " Serviços Básicos de Saúde" OR " Saúde da Família " OR " Estratégia Saúde da Família ") AND (" Sistema Único de Saúde " OR " SUS ")

Foram definidos como critérios de inclusão trabalhos publicados no formato de artigos científicos (artigos originais, ensaios teóricos, reflexões, relatos de experiência e editoriais); trabalhos disponíveis on-line na forma completa em inglês, português ou espanhol; e estudos cujos títulos, resumos ou palavras-chave abordassem o tema no período de 1988 a 2019. Como critérios de exclusão foram definidos trabalhos sob a forma de monografias, teses, dissertações, revisões sistematizadas, documentos oficiais e trabalhos que não tratassem do tema do financiamento federal da atenção básica a saúde no SUS.

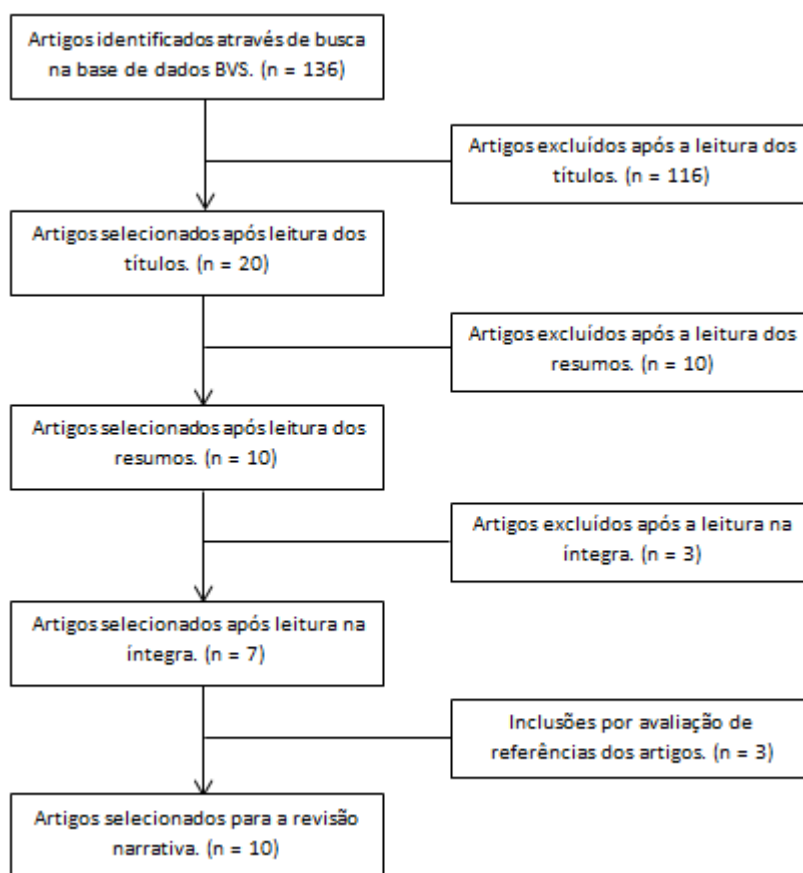


Figura 1. Descrição das etapas de seleção dos artigos incluídos na revisão narrativa.

Como resultado da sintaxe de busca, 136 publicações foram identificadas. Em seguida, foram lidos todos os títulos, e por não haver palavras ou ideias correlacionadas à temática do estudo foram excluídas 116 publicações, restando 20 para análise dos resumos. A partir dessa análise, 10 artigos foram pré-selecionados para a leitura do texto completo. Após a verificação criteriosa, em resposta a questão norteadora dessa revisão e aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, 7 artigos foram selecionados para análise completa. Outros três artigos foram incluídos nessa última fase por avaliação das referências dos artigos selecionados, totalizando 10 artigos. (Figura 1)

3 RESULTADOS

A distribuição dos periódicos onde foram publicados os artigos dessa revisão estão descritos no Quadro 3. Todos os artigos são de acesso aberto e foram acessados nos sítios dos respectivos periódicos.

A partir da leitura na íntegra dos artigos, os estudos foram sistematizados de acordo com os interesses de investigação desta revisão. O Quadro 4 apresenta os artigos incluídos nesta revisão, seus respectivos autores, ano de publicação, periódico, visão sobre o financiamento e as formas de transferência de recursos para a atenção básica e visão sobre o impacto do modelo de financiamento sobre o modelo assistencial da atenção básica no Brasil.

Quadro 3. Periódicos onde foram publicados os artigos dessa revisão.

Periódico	n
Saúde em Debate	3
Ciência e Saúde Coletiva	3
Cadernos de Saúde Pública	2
Saúde em Redes	1
Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil	1
TOTAL	10

A primeira publicação incluída nesta revisão data de 2002, quando foi possível analisar os impactos da Norma Operacional Básica de 1996 sobre o gasto, financiamento e expansão da atenção básica por todo o país.

4 DISCUSSÃO

A partir dos resultados dessa revisão foi possível perceber que há considerável diversidade em relação às perspectivas sobre a evolução do financiamento da atenção básica ao longo da implantação do Sistema Único de Saúde. De forma geral, há certo consenso de que a atenção básica representa a principal estratégia de transformação do modelo de atenção à saúde a partir da criação do SUS, no entanto, os autores apresentam visões distintas sobre como o financiamento federal e as formas de transferência de recursos entre os entes federativos impactaram sobre a implantação da atenção básica no Brasil.

Diversos autores^{7, 14, 15, 18, 20, 22} consideram que a atenção básica tornou-se agenda prioritária do governo federal a partir da segunda metade da década de 1990, dado o aumento relevante das transferências para esse

Quadro 4. Artigos incluídos na revisão, respectivos autores, ano de publicação, periódico, visão sobre o financiamento e as formas de transferência de recursos para a AB e visão sobre o impacto do modelo de financiamento sobre o modelo assistencial da AB.

Autores - Ano Periódico	Visão sobre o financiamento e as formas de transferência de recursos para a AB	Visão sobre o impacto do modelo de financiamento sobre o modelo assistencial da AB
Mendes <i>et al.</i> 2018 Saúde em Debate	Considera que o modelo de transferência de recursos federais para a AB é historicamente frágil, pois valoriza incentivos financeiros fragmentados, vinculados a programas específicos definidos pelo Ministério da Saúde. Relata que ao longo dos últimos anos, ganharam força os incentivos financeiros na forma de transferência de recursos do MS, em contraposição à forma de repasse global. Avalia que o modelo de financiamento da AB constrange a autonomia do gestor municipal e impede que a atenção básica, em específico, e o sistema de saúde, em geral, responda as necessidades de saúde locais definidas pelo plano de saúde do município. Considera que o financiamento da AB necessita ser orientado principalmente por necessidades de saúde, conforme preconiza a Lei nº 141/2012.	Analisa que o modelo de transferências fragmentado contribui para o reforço de uma visão não integral do conceito de AB, na medida em que induz o gestor local a aderir às demandas e programas definidos pelo MS, afastando-se das realidades epidemiológicas locais. Desse modo, considera que esse modelo de financiamento contribui para o reforço de uma visão residual, assistencialista e não integral do conceito de AB.
Pinto. 2018 Saúde em Redes	Considera que os recursos federais transferidos via PAB Variável foi o principal fator de indução dos municípios a adotarem a ESF como modelo de organização da AB. Avalia que essa estruturação do financiamento federal foi uma opção estratégica ligada à decisão de mudar o modelo de organização da AB no Brasil, já que interessava custear a ESF, não outro modelo. Considera que essa estrutura de financiamento explicita a adoção de um modelo de política <i>top-down</i> ao invés da lógica reivindicada pelo movimento municipalista defensor de uma descentralização com mais autonomia. Avalia que algumas mudanças a partir da PNAB 2011 iniciaram um caminho de fortalecimento da autonomia municipal, com maior flexibilização para atender à diversidade e singularidade das necessidades locais, o que representou um incipiente ensaio de transição entre o modelo de financiamento vigente e um modelo de repasses globais. Considera que é importante superar um modelo de financiamento que induz prioridades definidas desde a União e que se assenta em normatizações nacionais e genéricas com insuficiente capacidade de adequação às necessidades, condições, especificidades e projetos locais dos municípios.	Considera que os recursos alocados hoje na AB são insuficientes para garantir cobertura universal no padrão atual de assistência primária, ainda distante de um modelo assistencial em que a AB seja a principal porta de entrada do sistema, resolutiva e com escopo ampliado de ações. Questiona que se não fosse adotado um modelo de financiamento com forte indução federal, talvez a ESF não fosse uma realidade nacional e as prefeituras talvez não tomassem a decisão de investir em médicos de família, equipes de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e na ampliação do papel da enfermagem.

<p>Morosini <i>et al.</i> 2018</p> <p>Saúde em Debate</p>	<p>Considera que os mecanismos de financiamento desempenharam papel indutor na adoção da atenção básica como eixo estruturante da organização das ações e serviços de saúde. Considera que as normas e incentivos financeiros federais favoreceram a implantação das políticas pelos municípios, com desconcentração de serviços no território e consolidação da ESF como referência nacional para organização da AB no SUS. Avalia que essas políticas possibilitaram uma redistribuição de recursos financeiros, com privilegiamento de municípios situados em regiões mais carentes, mesmo em um contexto de dificuldades de financiamento da saúde.</p>	<p>Considera que a ESF tem se configurado como meio de expansão do acesso e de realização do direito à saúde, mas tem ainda um longo caminho a percorrer e obstáculos a ultrapassar, antes que seja alcançado o objetivo de efetivar uma clínica ampliada, que articule diferentes saberes, trabalhadores e setores da política pública, de modo a compreender e enfrentar os determinantes sociais do processo saúde-doença.</p>
<p>Costa. 2016</p> <p>Ciência e Saúde Coletiva</p>	<p>Considera que a provisão municipal de APS ocupou a centralidade da agenda de governo no período da redemocratização e instituiu mecanismos contínuos de transferências financeiras federais para os entes subnacionais. Avalia que o governo central foi extremamente indutivo ao instituir mecanismo de incentivo financeiro para a descentralização, delegando, ainda que parcialmente, a execução do orçamento federal da saúde aos governos subnacionais. Afirma que esta delegação parcial de poder decisório foi feita por meio de mecanismos inovadores de transferência financeira entre os governos federativos como as “transferências fundo-a fundo”. Considera que a política pública de saúde assumiu características claramente compartilhadas, isto significou que o governo federal reduziu a posição de dominância na condução das políticas, estratégias ou programas de saúde implantados e desenvolvidos no âmbito do SUS. Considera que a PNAB de 2011 opta por um formato de financiamento federal para a atenção básica que favorece os municípios mais pobres, menores, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre e com as menores densidades demográficas, em detrimento dos grandes municípios e metrópoles, que apresentam menor provisão de APS.</p>	<p>Considera que a bem sucedida focalização da política de APS na população de baixa renda está diretamente correlacionada ao crescimento dos planos privados de assistência à saúde nos estratos populacionais de renda média e alta. Avalia que a APS sintetiza a falha generalizada de governo ao não atuar como efetiva porta de entrada ao sistema, assegurando o acesso à assistência especializada e hospitalar.</p>

<p>Mendes e Marques. 2014</p> <p>Saúde em Debate</p>	<p>Considera que a introdução de incentivos, a partir de 1998, estimulando os municípios a incorporarem programas que lhes acrescentam receita financeira, significou, aumento de poder do governo federal na indução da política nacional de saúde, especialmente no campo da Atenção Básica. Esse aumento de poder da instância federal na determinação da política de saúde, embora tenha como foco as ações e serviços de Atenção Básica e, por isso, seja veículo da transformação do modelo assistencial, não é isento de problemas e contradições, na medida em que, pode impedir ou obstaculizar a construção de uma política de saúde fundada nas necessidades do nível local. Avalia que os valores repassados pelo governo federal são insuficientes para sustentar a ESF, tendo em vista que os municípios arcam com cerca de 70% do financiamento da AB.</p>	<p>Considera importante rever o conceito de Atenção Básica no tocante à dimensão do financiamento, pois avalia que tal conceito tem sido utilizado de forma restrita às ações e serviços financiados pelo PAB, excluindo, por exemplo, aquelas não hospitalares de controle de doenças. Isto significa não restringir as ações e serviços ao nível de complexidade da atenção à saúde, mas colocá-las no campo amplo da saúde pública.</p>
<p>Castro e Machado. 2010</p> <p>Cadernos de Saúde Pública</p>	<p>Considera que o financiamento da atenção básica no período de 2003 a 2008 manteve o padrão de vinculação de recursos federais aos programas prioritários do ministério. Considera que a lógica das transferências federais no período de 2003 a 2008 manteve o padrão do período anterior, de vinculação dos recursos aos programas prioritários do ministério. Afirma que tais recursos são repassados mediante atendimento das exigências impostas pelo gestor federal e não podem ser redirecionados para outros fins, pouco levando em consideração a heterogeneidade dos municípios brasileiros. Avalia que houve mudanças, no período, associadas às tentativas de introdução de critérios de equidade e a inclusão de populações especiais, até então pouco consideradas pelas regras do SUS.</p>	<p>Avalia que na atenção básica, desde a NOB-SUS 01/96 e com a criação do PAB fixo houve uma ruptura com o padrão de financiamento federal das ações de serviços de saúde no Brasil executado anteriormente e isso impactou na reorganização do modelo de atenção à saúde.</p>

<p>Solla <i>et al.</i> 2007</p> <p>Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil</p>	<p>Considera que a criação do PAB com repasses de recursos para atenção básica com base em critérios populacionais foi fundamental para a indução da ampliação da atenção básica e afirma que este processo foi aprimorado com a criação do PAB variável. Avalia que esse modelo de financiamento teve resultados positivos no fortalecimento do processo de descentralização e de expansão e reorganização da atenção básica. Avalia que no início da década de 2000, em torno de 70% dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família eram bancadas a partir de fonte municipal, com sério comprometimento da possibilidade de expansão e da qualidade das ações desenvolvidas frente às dificuldades dos municípios em ampliar ainda mais sua participação no financiamento, além dos constrangimentos impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal.</p>	<p>Não avalia o impacto do modelo de financiamento sobre o modelo assistencial da AB.</p>
<p>Melamed e Costa. 2003</p> <p>Ciência e Saúde Coletiva</p>	<p>Avalia que o mecanismo de distribuição dos recursos inaugurado pela NOB/96 visou paulatinamente dissociar o faturamento dos serviços de saúde de seu financiamento e criar estímulos específicos para reorientar a estrutura de oferta de serviços básicos visando a uma expansão e maior homogeneidade em nível nacional. Demonstra que os municípios de menor capacidade instalada para a oferta de atenção ambulatorial básica no âmbito do SUS foram os mais favorecidos pelos mecanismos de transferência propostos pelas NOB 93 e 96. Considera que o processo de descentralização da atenção básica à saúde no Brasil definiu uma estrutura de regras e de incentivos positivos que favorecem a transferência direta de recursos federais para a esfera municipal, tendo os gestores de saúde locais ganho elevado poder decisório sobre recursos que passaram a ser manejados por meio de mecanismos fundo (nacional) a fundo (municipal). Avalia que a NOB 93 e 96 foram bem-sucedidas na implementação de processos automáticos de descentralização de recursos e instituição de uma política específica para a atenção básica que favoreceram os programas considerados estratégicos para o desenvolvimento de um novo modelo de assistência.</p>	<p>Considerava, à época, que outros estudos deveriam ser realizados com vistas a responder se os estímulos específicos para reorientar a estrutura de oferta de serviços básicos, de fato, alteram o modo de produção de atenção médica viabilizando maior ênfase em ações de promoção da saúde e redução de agravos.</p>

<p>Marques e Mendes. 2003</p> <p>Ciência e Saúde Coletiva</p>	<p>Considera que os incentivos federais têm sido a principal forma dos municípios viabilizarem recursos novos no campo da atenção básica, no entanto a política de saúde associada a esses incentivos pode não corresponder às necessidades locais de saúde, na medida em que rompe com a lógica de repasse global para a saúde de forma integral. Avalia que embora conte com recursos federais e estaduais, o PSF é financiado largamente pelos recursos próprios municipais. Considera que essa fonte de recursos tem se configurado de maneira problemática a partir da segunda metade da década de 1990. Isso porque, de um lado, a crise das finanças dos municípios dificulta o gasto com saúde e, de outro, há as limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal às despesas com pessoal do PSF. Avalia positivamente a experiência do Rio Grande do Sul, que repassa recursos de forma global – sistemática de fundo a fundo – podendo ser utilizados pelos municípios para despesas de custeio ou investimento, desde que em melhoria de sua gestão local de saúde.</p>	<p>Considera que a forma de financiamento tem reduzido o conceito de atenção básica às ações e serviços financiados pelo PAB, excluindo, por exemplo, àquelas ações não hospitalares de controle de doenças. Isso significa não restringir as ações e serviços ao nível de complexidade da atenção à saúde, mas colocá-las no campo amplo da saúde pública, respeitando o princípio da integralidade do SUS.</p>
<p>Marques e Mendes. 2002</p> <p>Cadernos de Saúde Pública</p>	<p>Considera que a NOB 96 – em que pese ter sido um importante instrumento na operacionalização da descentralização do sistema – ao incrementar as transferências diretas fundo a fundo no campo da atenção básica, constituiu-se num obstáculo no avanço da construção de uma política de saúde fundada nas necessidades do nível local. Isto porque, ao criar o mecanismo de transferência para a Atenção Básica (PAB), rompendo com a lógica de repasse global para a saúde de forma integral foi solo fértil para as políticas de incentivos financeiros que se seguiram posteriormente. Considera que a aprovação da NOAS e o processo a ela associado, definido como “regionalização da saúde”, mantêm o fio condutor clássico de se viabilizar a política de saúde por meio do financiamento. São os incentivos financeiros que continuam determinando a configuração das políticas de saúde e reforçando a centralização do sistema. Avalia como preocupante o fato de os incentivos financeiros terem se tornado uma prática constante do MS a partir de 1998.</p>	<p>Avalia que a política de saúde pública desenvolvida ao longo dos anos 90 apresenta como principal característica, a ênfase na Atenção Básica entre o conjunto de ações e serviços desenvolvidos pelo SUS. Considera que essa estratégia não é distinta daquela recomendada por agências internacionais e por programas de cunho neoliberal, que priorizam as despesas de baixo custo, de preferência focadas na população de baixa renda.</p>

setor e a significativa expansão da cobertura ocorridos nos anos seguintes. Tal constatação pode ser representada pelo seguinte trecho: *“A partir de 1997, quando teve início a vigência da NOB/96, a participação dos recursos federais no financiamento da saúde pública apresentou mudança qualitativa. De um lado, a União deixou de usar o pagamento direto ao prestador do serviço de saúde como a forma preferencial de alocar recursos, passando a priorizar as transferências a municípios. De outro, focalizou a Atenção Básica como prioridade, de modo que os recursos a ela destinados foram cada vez mais significativos no total das transferências.”*¹⁵⁽⁴⁰⁴⁾

A Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96) redefiniu os papéis de cada esfera de governo no âmbito do SUS e alterou os mecanismos e fluxos de financiamento reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global. Com a NOB/96, o PSF assumiu a condição de estratégia de reorientação da atenção básica, em substituição às modalidades tradicionais. A NOB/96 instituiu os componentes fixo e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) e estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF, tornando automática e regular a transferência de recursos federais para o financiamento desses programas¹³.

A NOB/96 é considerada um ponto de inflexão no financiamento da atenção básica em todos os estados, na medida em que introduziu a lógica de

transferências de recursos financeiros vinculados a adesão do município a programas considerados prioritários pelo gestor federal. No entanto, há significativas divergências sobre o impacto das transformações introduzidas por essa norma.

Solla *et al.*²⁴ consideram que a criação do PAB com repasses de recursos para atenção básica com base em critérios populacionais foi fundamental para a indução da ampliação da atenção básica e afirma que este processo foi aprimorado com a criação do PAB variável. Avalia que esse modelo de financiamento teve resultados positivos no fortalecimento do processo de descentralização e de expansão e reorganização da atenção básica.

Em uma linha de argumentação semelhante, Melamed e Costa¹⁶ avaliam que o mecanismo de distribuição dos recursos inaugurado pela NOB/96 visou paulatinamente dissociar o faturamento dos serviços de saúde de seu financiamento e criar estímulos específicos para reorientar a estrutura de oferta de serviços básicos visando a uma expansão e maior homogeneidade em nível nacional. Consideram também que *“o processo de descentralização da atenção básica à saúde no Brasil definiu uma estrutura de regras e de incentivos positivos que favoreceram a transferência direta de recursos federais para a esfera municipal, tendo os gestores de saúde locais ganhado elevado poder decisório sobre recursos que passaram a ser gerenciados por meio de mecanismos fundo (nacional) a fundo (municipal).”*¹⁶⁽⁴⁰⁰⁾ Avaliam que a

NOB 96 foi bem-sucedida na implementação de processos automáticos de descentralização de recursos e instituição de uma política específica para a atenção básica que favoreceu os programas considerados estratégicos para o desenvolvimento de um novo modelo de assistência.

Em publicação mais recente, em que analisa o desenvolvimento da atenção básica nas metrópoles brasileiras, Costa⁹ considera que o governo federal “foi extremamente indutivo ao instituir mecanismo de incentivo financeiro para a descentralização, delegando, ainda que parcialmente, a execução do orçamento federal da saúde aos governos subnacionais.”⁹⁽¹³⁹²⁾ Afirma que esta delegação parcial de poder decisório foi feita por meio de mecanismos inovadores de transferência financeira entre os governos federativos como as “transferências fundo-a fundo”. Considera que a política pública de saúde assumiu características claramente compartilhadas, isto significou que o governo federal reduziu a posição de dominância na condução das políticas, estratégias ou programas de saúde implantados e desenvolvidos no âmbito do SUS.

Ao realizar um resgate histórico da política de atenção básica no Brasil, Morosini *et al.*²⁰ consideram que os mecanismos de financiamento desempenharam papel indutor na adoção da atenção básica como eixo estruturante da organização das ações e serviços de saúde. Consideram que as normas e incentivos financeiros federais favoreceram a implantação das políticas

pelos municípios, com desconcentração de serviços no território e consolidação da ESF como referência nacional para organização da atenção básica no SUS. Avaliam que essas políticas possibilitaram uma redistribuição de recursos financeiros, com privilegiamento de municípios situados em regiões mais carentes, mesmo em um contexto de dificuldades de financiamento da saúde.

Mesmo reconhecendo relevantes avanços para atenção básica, relacionados à política de financiamento por indução, conduzida pelo Ministério da Saúde a partir da segunda metade da década de 1990, alguns autores esboçam críticas sobre essa forma de transferência de recursos. Ao realizar análise sobre o financiamento da atenção básica entre 1996 e 2017, Pinto²² considera que os recursos federais transferidos via PAB Variável foi o principal fator de indução dos municípios a adotarem a ESF como modelo de organização da atenção básica. Avalia que essa estruturação do financiamento federal foi uma opção estratégica ligada à decisão de mudar o modelo de organização da atenção básica no Brasil, já que interessava custear a ESF, não outro modelo. Considera, no entanto, que essa estrutura de financiamento explicita a adoção de um modelo de política *top-down* ao invés da lógica reivindicada pelo movimento municipalista defensor de uma descentralização com mais autonomia. Avalia que algumas mudanças a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 iniciaram um caminho de fortalecimento da autonomia municipal,

com maior flexibilização para atender à diversidade e singularidade das necessidades locais, o que representou um incipiente ensaio de transição entre o modelo de financiamento vigente e um modelo de repasses globais. Considera que é importante superar um modelo de financiamento que induz prioridades definidas desde a União e que se assenta em normatizações nacionais e genéricas com insuficiente capacidade de adequação às necessidades, condições, especificidades e projetos locais dos municípios.

Na mesma direção, ao analisar a condução federal da política de atenção básica no período de 2003 a 2008, Castro e Machado⁷ consideram que “*a lógica das transferências federais manteve o padrão do período anterior de vinculação dos recursos aos programas prioritários do ministério. Tais recursos são repassados mediante atendimento das exigências impostas pelo gestor federal e não podem ser redirecionados para outros fins, pouco levando em consideração a heterogeneidade dos municípios brasileiros.*”⁷⁽⁷⁰³⁾

De forma mais contundente outros estudos já apontavam as contradições desse modelo de transferência de recursos e seus impactos sobre a atenção básica no Brasil. Marques e Mendes¹⁴ consideram que “*a NOB 96 – em que pese ter sido um importante instrumento na operacionalização da descentralização do sistema – ao incrementar as transferências diretas fundo a fundo no campo da atenção básica, constituiu-se*

num obstáculo ao avanço da construção de uma política de saúde fundada nas necessidades do nível local. Isto porque, ao criar o mecanismo de transferência para a Atenção Básica (PAB), rompendo com a lógica de repasse global para a saúde de forma integral foi solo fértil para as políticas de incentivos financeiros que se seguiram posteriormente.”¹⁴⁽¹⁶⁸⁾

Consideram que são os incentivos financeiros que determinam a configuração das políticas de saúde e reforçam a centralização do sistema. Avaliam como preocupante o fato de os incentivos financeiros terem se tornado uma prática constante do MS a partir de 1998.

Os mesmos autores reforçam em publicação posterior¹⁸ essa visão e acrescentam que “*esse aumento de poder da instância federal na determinação da política de saúde, embora tenha como foco as ações e serviços de atenção básica e, por isso, seja veículo da transformação do modelo assistencial, não é isento de problemas e contradições, na medida em que, pode impedir ou obstaculizar a construção de uma política de saúde fundada nas necessidades do nível local.*”¹⁸⁽⁹⁰⁸⁾

Em relação à descentralização e municipalização do sistema de saúde, Mendes *et al.*¹⁷ avaliam que o modelo de financiamento da atenção básica constrange a autonomia do gestor municipal e impede que a atenção básica, em específico, e o sistema de saúde, em geral, responda as necessidades de saúde locais definidas por mecanismos de controle e participação social. Consideram que o financiamento da

atenção básica necessita ser orientado principalmente por necessidades de saúde, conforme preconiza a Lei nº 141/2012. Marques e Mendes¹⁵ avaliam positivamente a experiência de financiamento da saúde no Rio Grande do Sul, na década de 1990, que repassava recursos de forma global – sistemática de fundo a fundo – podendo ser utilizados pelos municípios para despesas de custeio ou investimento, desde que em melhoria de sua gestão local de saúde.

Alguns autores^{15, 18, 24} avaliam que os valores repassados pelo governo federal são insuficientes para sustentar a ESF, tendo em vista que os municípios arcam com cerca de 70% do financiamento da atenção básica, fato que tem limitado sua expansão, associado aos constrangimentos impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal às despesas com pessoal da ESF.

No que diz respeito à relação entre as formas de financiamento e o modelo de atenção básica implantado no Brasil, Mendes *et al.*¹⁷ analisam que o modelo de transferências fragmentado contribui para o reforço de uma visão não integral do conceito de atenção básica, na medida em que induz o gestor local a aderir às demandas e programas definidos pelo MS, afastando-se das realidades epidemiológicas locais. Desse modo, consideram que esse modelo de financiamento contribuiu para o reforço de uma visão residual, assistencialista e não integral do conceito de atenção básica. Pinto²² considera que os recursos alocados hoje na atenção básica são insuficientes para garantir

cobertura universal no padrão atual de assistência primária, ainda distante de um modelo assistencial em que a atenção básica seja a principal porta de entrada do sistema, resolutiva e com escopo ampliado de ações. No entanto, questiona que se não fosse adotado um modelo de financiamento com forte indução federal, talvez a ESF não fosse uma realidade nacional e as prefeituras talvez não tomassem a decisão de investir em médicos de família, equipes de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e na ampliação do papel da enfermagem.

Três estudos^{17, 20, 22} incluídos nessa revisão foram publicados após a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica de 2017, que introduziu alterações significativas no financiamento e nas prioridades do Ministério da Saúde. Morosini *et al.*²⁰ avaliam que a nova PNAB, ao flexibilizar o modelo de atenção e do uso dos recursos transferidos por meio do PAB variável, fragiliza o poder de regulação e indução nacional exercido pelo MS, responsável por avanços significativos no processo de descentralização do SUS. No que tange ao financiamento, ressaltam a ausência de mecanismos de valorização diferenciada da ESF em relação às chamadas equipes de atenção básica, para as quais, anteriormente, não eram destinados esses recursos. Mendes *et al.*¹⁷ avaliam que a nova PNAB flexibiliza a forma como a atenção básica é operacionalizada, por meio da ESF, levando a um processo de aprofundamento da privatização da saúde no país e conduzindo a atenção básica a um caráter residual e

assistencialista, distanciando-a de seu caráter de ordenadora do SUS. Consideram que a lógica dos incentivos financeiros, como base de cálculo dos valores do PAB Variável foi ampliada pela PNAB 2017, assim como os recursos condicionados a avaliação de desempenho, reforçando a lógica gerencialista. Em acordo com essas análises, Pinto²² considera que a PNAB de 2017 agrava o quadro de subfinanciamento da atenção básica, na medida em que rebaixa os níveis de exigência de manutenção dos recursos e serviços próprios do município na atenção básica e desregulamenta completamente esse nível de atenção, em um cenário de austeridade econômica e desmonte de políticas públicas.

5 CONCLUSÃO

A atenção básica tem se configurado como uma das principais expressões da garantia do direito a saúde no Brasil nos últimos anos, a despeito dos grandes desafios que ainda tem a superar, para se afirmar enquanto ordenadora do sistema de saúde, com garantia de integralidade e enfrentamento a produção social da doença. O financiamento da atenção básica permanece como questão central para a superação desse desafio, por padecer tanto do subfinanciamento crônico do sistema, quanto das distorções provocadas pelas formas de transferência de recursos.

Pinto²² aponta como promissor o desenho de financiamento para o SUS apontado no processo de regulamentação da Lei Orgânica da Saúde que buscou, inclusive, superar limites e problemas do federalismo brasileiro apontando para uma regionalização interfederativa do

planejamento, da destinação de recursos e da gestão. Contudo, trata-se de uma mudança estrutural que, para o autor, deve ser feita: progressivamente e com segurança; com base em estudos de implementação; com governança tripartite, participação popular e controle social; com produção de novos instrumentos jurídicos e administrativos; com inovação nos processos de gestão; e, necessariamente, com salto quantitativo do financiamento da saúde, em geral, e da atenção básica, em particular.

Mendes *et al.*¹⁷ consideram que mesmo com um refinanciamento da atenção básica, caso não haja uma alteração dos critérios de rateio e da concepção limitada em que a atenção básica se encontra, esta continuará padecendo de limitações para o atendimento das necessidades de saúde da população.

Parece-nos, portanto, fundamental enfrentar a questão da fragmentação do sistema de saúde, formulando propostas de descentralização com foco na integralidade, de modo a ampliar a capacidade de resposta do sistema de saúde as necessidades de saúde da população. A histórica fragmentação da atenção básica, em particular, e do sistema de saúde como um todo, tornou-se terreno fértil para a expansão do setor privado e captura de parcelas significativas da população pelo mercado privado de saúde, reduzindo a base social do SUS e sua sustentabilidade político-institucional. Ampliar o financiamento da saúde, reformular as formas de transferência de recursos e enfrentar as políticas de austeridade e desregulamentação do sistema de saúde são ações fundamentais para a garantia do mandato constitucional do direito a saúde.

REFERÊNCIAS

1. Abrasco - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. 2018.
2. Arouca ASS. A reforma sanitária brasileira. Tema - Radis. 1988; 11:2-4.
3. Beyea SC, Nicoll LH. Writing an integrative review. AORN J. 1998; 67(4):877-80.
4. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. Brasília: CNS, 2018.
5. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2011.
6. Broome ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafl KA, editors. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. Philadelphia (USA): W.B Saunders Company; 2000. p.231-50.
7. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. Cadernos de Saúde Pública. 2010, 26(4):693-705.
8. Cecílio LCO e Chioro-Reis AA. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2018; 34(8): 1-14.
9. Costa NR. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(5):1389-1398.
10. Fleury S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. Lancet. 2011; 377:4-5.
11. Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. Cadernos de Saúde Pública. 2017; 33: 1-21.
12. Giovanella L. Atenção primária à saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. Divulgação em Saúde para Debate. 2014; 51: 30-37.
13. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. Ciência e Saúde Coletiva, 2001; 6(2):269-91.
14. Malta DC, Siqueira M, Stopa SR, Sanchez CR, Szwarcwald CL, Barroso J, et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciência Saúde Coletiva. 2016; 21:327-38.
15. Marques RM, Mendes A. A Política de Incentivo do Ministério da Saúde para a Atenção Básica: uma ameaça à autonomia das gestões municipais e ao princípio da integralidade. Cadernos de Saúde Pública. 2002, 18(Supl.):163- 171.
16. Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu

- financiamento? *Ciência e Saúde Coletiva*. 2003, 8(2): 403-415.
17. Melamed C, Costa NR. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2003, 8(2): 393-401.
 18. Mendes A, Carnut L, Guerra L. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. 2018; 42: 224-243.
 19. Mendes A, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. 2014; 38: 900-916.
 20. Mendes A. A Saúde Pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do Capitalismo?. *Saúde e Sociedade*. 2015; 24: 66-81.
 21. Morosini MVG, Fonseca, AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018; 42(116):11-24.
 22. Paim, JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
 23. Pinto HA. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. *Saúde em Redes*. 2018; 4(1):35-53.
 24. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23:1903-14.
 25. Solla JJSP, Reis AAC, Soter APM, Fernandes AS, Palma JJJL. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2007; 7: 495-502.
 26. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*. 2005; 83:457-502.
 27. Wagstaff A. Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems-Evidence from the OECD. The World Bank. Development Research Group. 2009.