

Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde

Primary Health Care federal funding in the Unified Health System: old and new dilemmas

Áquilas Mendes¹, Leonardo Carnut², Lucia Dias da Silva Guerra³

DOI: 10.1590/0103-110420185115

RESUMO Este ensaio teve como objetivo discutir o financiamento federal da Atenção Básica no SUS, buscando ressaltar a persistência histórica da fragilidade desse financiamento em termos do modelo de transferências e de uma visão limitada do conceito de Atenção Básica. O estudo está estruturado em três partes. A primeira delas discute a trajetória histórica do conceito de Atenção Básica, desde sua radicalidade inicial nos anos 1960 até o ‘apequenamento’ trazido pela nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017. A segunda aborda, em uma perspectiva histórica, os repasses do financiamento federal do SUS, com destaque à Atenção Básica e aos critérios de rateio utilizados. A terceira parte trata do financiamento da Atenção Básica, com destaque para os recursos do Ministério da Saúde para esse nível de atenção, com foco para a nova PNAB 2017 e, particularmente, para aos transferidos mediante o Piso da Atenção Básica (PAB) Variável.

PALAVRAS-CHAVE Financiamento da assistência à saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia saúde da família.

ABSTRACT *This article aims to discuss the financing of Primary Care in the SUS, seeking to highlight the historical persistence of the fragility of this funding in terms of the transfer model and a limited view of the concept of Primary Care. The article is structured in three parts. The first part discusses the historical trajectory of the concept of Primary Care, from its initial radicalism in the 1960s to the ‘downsizing’ brought about by the new National Policy of Primary Health Care (PNAB) of 2017. The second part addresses, in a historical perspective, the federal funding of the SUS, with emphasis on Primary Care and the assessment criteria used. The third part deals with the financing of Primary Care, highlighting the resources of the Ministry of Health for this level of care, focusing on the new PNAB 2017 and, in particular, those transferred through the Basic Attention Floor (PAB) Variable.*

KEYWORDS *Healthcare financing. Primary Health Care. Family Health Strategy.*

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública – São Paulo (SP), Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-5632-4333>
aquilasmendes@gmail.com

²Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-6415-6977>
leonardo.carnut@gmail.com

³Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública – São Paulo (SP), Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-0093-2687>
ludsguerra@gmail.com



Introdução

Discutir o financiamento da saúde pública no Brasil tem sido um processo penoso e desgastante no contexto do turbulento tempo histórico do capitalismo contemporâneo. Esses últimos 30 anos, que coincidem com a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), têm sido marcados por uma trajetória de persistência de reduzidos montantes de recursos, constituindo-se em um subfinanciamento estrutural desse sistema¹⁻⁵. Para uma ideia geral desse subfinanciamento, se o art. 55 das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal fosse aplicado, 30% dos recursos da Seguridade Social deveriam ser destinados à saúde, mas isso nunca foi feito. Em 2015, o Orçamento da Seguridade Social foi de R\$ 694,5 bilhões, sendo que se 30% fossem destinados à saúde, considerando os gastos do governo federal, corresponderiam a R\$ 208,4 bilhões, mas a dotação foi a metade disso². Entre 1995 e 2015, o gasto do Ministério da Saúde (MS) não foi alterado, mantendo-se em 1,7% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto o gasto com juros da dívida representou, em média, 7,1%⁵.

Nos anos recentes, contudo, vimos enfrentando uma perspectiva de desfinanciamento da saúde que certamente levará a um aniquilamento das tentativas de construção de nosso sistema universal, e especialmente de sua atenção primária. Referimo-nos, especificamente, à introdução de uma das maiores medidas de austeridade – corte drástico dos gastos públicos para alcançar um equilíbrio fiscal⁶ – defendida pelo capital portador de juros (capital financeiro): a Emenda Constitucional (EC) 95/2016, promulgada pelo governo Temer, que limitou a expansão dos gastos públicos (despesas primárias) pelos próximos 20 anos, baseada no valor das despesas de 2017, corrigidas pela variação do Índice de Preço ao Consumidor Amplo / Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE). Além disso, essa EC revogou o escalonamento previsto na

EC 86/2015 que alterava a base de cálculo de aplicação do governo federal para 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL), em 2016, elevando-se, até alcançar 15% da RCL, em 2020. Observa-se uma perda de R\$ 9,2 bilhões para o orçamento do MS já em 2016², intensificando o subfinanciamento do SUS.

Na vigência da EC 95, o subfinanciamento do SUS certamente passará para um desfinanciamento. Os recursos federais para o SUS devem reduzir de 1,7% do PIB (2016) para 1,0% até 2036, acumulando perdas superiores a três orçamentos anuais nesse período de 20 anos. Em um cenário retrospectivo, entre 2003 e 2015, essa perda seria de R\$ 135 bilhões, a preços médios de 2015, diminuindo os recursos federais do SUS de 1,7% do PIB para 1,1%².

Essa austera EC 95 parece ser a forte expressão do Estado em consonância com a lógica do capitalismo contemporâneo sob a dominância do capital financeiro, especialmente porque não estabeleceu limites para os juros e outras despesas financeiras. Trata-se de medida sem precedentes quando comparada ao conteúdo da política de austeridade adotada em outros países, em especial na América Latina⁶. Sem dúvida, a escolha por essa política de austeridade tem grande efeito sobre o bem-estar imediato da população, isto é, provocando resultados negativos nas condições sociais, e na saúde em particular, não levando a um contexto de maior equilíbrio fiscal os países e regiões que a adotaram⁶⁻⁸. Um dos resultados mais imediatos da EC 95 na área da saúde refere-se ao aumento da mortalidade infantil, após 26 anos de declínio constante. Estudos apontam, inclusive, redução na oferta e na cobertura de vacinas, prejudicando o atendimento dos hospitais e o desenvolvimento das ações e serviços da Atenção Básica (AB) do SUS^{7,9}.

Em 2017, inicia-se o desfinanciamento do SUS, ou seja, início da vigência plena da regra do teto de despesas primárias da EC 95, levando as despesas totais pagas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) pelo MS a apenas R\$ 107,6 bilhões (R\$ 3,9

bilhões inferior a 2016 – deflacionado pelo IPCA a preços de 2017), enquanto o piso para 2017 era de R\$ 109,1 bilhões². Dessa forma, os valores totais pagos ficaram abaixo do piso de aplicação mínima federal em ASPS em 2017.

Tudo isso demonstra que o subfinanciamento federal não resolvido ao longo da implementação do SUS se intensificará. Como dois terços das despesas do MS são transferências para estados, municípios e Distrito Federal, os efeitos dessa limitação financeira imposta pela EC 95 foi sentida também pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. As transferências financeiras totalizaram R\$ 67,9 bilhões em 2017; enquanto, em 2016, correspondiam a R\$ 66,7 bilhões, o que representou um crescimento nominal de 1,83%, abaixo do crescimento anual do IPCA/IBGE de 2,95%¹⁰.

Quando se observam as transferências de recursos do MS para os níveis de atenção à saúde, também se constata efeitos prejudiciais. Os recursos financeiros transferidos para a AB foram de R\$ 21,6 bilhões em 2017, contra R\$ 20,6 bilhões em 2016, o que representou um crescimento nominal de 2,88%, também abaixo do crescimento anual do IPCA/IBGE de 2,95%. Essa redução já foi constatada entre 2014 e 2016, quando o montante de recursos federais transferidos à AB diminuiu em 8,2%². Assim, a EC 95/2016 indicou constrangimentos para a saúde da população já no primeiro ano de sua vigência.

Além disso, a lógica dos critérios de transferência dos recursos federais não foi modificada em termos de serem orientadas por ‘necessidades em saúde’, mesmo que o art. 17 da Lei Complementar 141/2012¹¹ indique tal alteração. Tampouco a introdução da Portaria do MS nº 3.992/2017¹², que substituiu os seis blocos de financiamento por apenas dois (custeio e investimento), mudou os critérios de rateio. Esses continuam baseados, na sua maioria, em produção de serviços guiados pela série histórica de gasto e incentivos financeiros conforme a implantação de ações e serviços de saúde. Esse quadro não é

diferente mesmo quando se discute o financiamento da Atenção Básica à Saúde.

É nesse contexto que este trabalho se localiza. Parte-se do pressuposto que mesmo com a relevância de garantir recursos para a AB, se não forem modificados os critérios de rateio, no sentido de um financiamento integral, e não por meio de fortalecimento de incentivos financeiros fragmentados e a concepção restrita em que esse nível de atenção se encontra, fatalmente, seu refinanciamento também padecerá de problemas com implicações diretas na atenção, de acordo com as necessidades em saúde da população.

Entende-se por concepção restrita: a flexibilização da forma como a Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo operacionalizada, limitando-se a um caráter residual e assistencialista que não tem efetivado em toda sua amplitude as diversas atividades preconizadas para uma APS conforme idealizada em seus documentos iniciais. Esta concepção vem no bojo do processo de aprofundamento da privatização da saúde no País, diametralmente oposto à possibilidade de consolidar esse nível de atenção como um potente ordenador do sistema de saúde, concretizando os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS.

Por essa razão, este ensaio tem como objetivo discutir o financiamento federal da AB no SUS, buscando ressaltar a persistência histórica da fragilidade desse financiamento em termos do modelo de transferências, com valorização a incentivos financeiros fragmentados, contribuindo para o reforço de uma visão não integral do conceito de AB.

O estudo está estruturado em três partes. A primeira delas discute a trajetória histórica do conceito de AB, desde sua radicalidade inicial, no sentido da ampliação das ações centradas no enfrentamento da determinação social da saúde, especialmente em relação ao que se consagrou como ‘cuidados primários em saúde’ nos anos 1960, até a segmentação do cuidado por meio de padrões básicos e ampliados de seus serviços, trazida

pela nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017. O intuito é contribuir para a reflexão acerca do financiamento fragmentado desse nível de atenção ao longo dessa trajetória específica. A segunda parte aborda, em uma perspectiva histórica, os repasses do financiamento federal do SUS, com destaque à AB e aos critérios de rateio utilizados, priorizando incentivos financeiros de acordos com programas específicos. A terceira parte trata de uma análise da magnitude do financiamento da AB, com destaque para os recursos do MS para esse nível de atenção, particularmente, para os transferidos mediante o Piso da Atenção Básica (PAB) Variável, que incorpora os diferentes incentivos financeiros que são repassados aos municípios responsáveis pelo desenvolvimento de programas, tal como a Estratégia Saúde da Família (ESF) até o conteúdo do financiamento da nova PNAB 2017.

Atenção Básica: de sua radicalidade até a PNAB 2017

Apesar de, recentemente, a comunidade sanitária estar descontente com a nova PNAB 2017, é essencial recorrer à história para lembrar o que vem acontecendo. No mundo, o processo de desconstrução do conceito de ‘atenção primária’ não é de hoje, e, no Brasil, o conceito de atenção primária esteve em intensa disputa mesmo sob governos progressistas.

Traçar um breve percurso histórico sobre as ideias que embasaram o conceito de AB se justifica na medida em que Kleckowski et al.¹³ apontam o modelo de atenção como orientador do processo de financiamento. Ao considerar que o SUS é um sistema de saúde baseado em Atenção Primária (AP), este deve, necessariamente, deter um financiamento condizente com a sua expressão conceitual ampliada, que será discutida na sequência.

Nesse sentido, é pertinente lembrar que, nos anos 1960, o auge do debate mundial sobre a determinação econômica e social da saúde deu impulso à crítica ao modelo biomédico e à organização dos serviços de saúde centrados na lógica hospitalar que foram os embriões dos valores da AP no mundo. Pode-se dizer que essa concepção atinge a raiz dos problemas de saúde (e por isso ‘radical’), centrando-se, especificamente no enfrentamento da determinação social da saúde.

As experiências mundiais de maior relevância deveram-se ao Movimento Chinês (Médicos de pés-descalços ou *barefoot doctors*) (1973-1974), com o exercício da desmonopolização do saber médico nas práticas de saúde, e ao Movimento Canadense pelo Informe Lalonde (1974), que reconceituou o campo da saúde para além da biologia humana¹⁴.

Não custa nada lembrar que, em Alma Ata, reafirmou-se a promoção e proteção da saúde dos povos como fundamento do contínuo desenvolvimento econômico-social, qualidade de vida e para a paz. Nesse momento, cunhou-se o conceito de cuidados primários de saúde como conceito-chave que permitiria que todos os povos do mundo atingissem um melhor nível de saúde¹⁴. Portanto, ligado ao sentido mais ampliado da APS nos seus documentos originais, o conceito de cuidados primários em saúde operacionaliza uma atenção primária mais combativa à determinação social; e, por isso, deve-se perseguir um financiamento mais condizente com sua máxima expressão operacional.

Assim, o financiamento federal e seus critérios de rateio deveriam operacionalizar o conceito de cuidados primários em saúde em toda sua amplitude. À época de Alma Ata, ratificou-se o conceito de ‘cuidados primários em saúde’ como métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de famílias e da comunidade, baseada em ações e serviços de educação; prevenção e controle de doenças transmissíveis e infecciosas, endêmicas ou epidêmicas,

alimentação adequada; saneamento; provisão de água potável; cuidados de saúde materno-infantil e planejamento familiar; tratamento adequado de doenças e lesões comuns e acesso a medicamentos essenciais¹⁴.

Mesmo com todas as tensões relativas à delimitação do conceito de cuidados primários, várias controvérsias estavam relacionadas com o contexto de criação desse conceito, especialmente à necessidade de definir um conceito que fosse válido para diferentes países com contextos sócio-históricos diferentes¹⁵ e inserção dependente na divisão social do trabalho¹⁶, assim como centralidade da família e das comunidades, ocultando-se, portanto, a condição de classe e o mundo do trabalho no debate¹⁷.

Ainda assim, o conceito de cuidados primários em saúde foi inscrito na declaração tal qual supracitado e passou a orientar a reorganização dos sistemas e serviços de saúde em todo o mundo, especialmente naqueles países em que consideravam a estruturação de seus sistemas com um nível de atenção representativo do primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde.

É importante ressaltar ainda que, em adição aos cuidados primários em saúde, uma primeira reelaboração do conceito de ‘promoção da saúde’ foi adaptada. Tida não mais na perspectiva marxista da promoção da saúde como intervenção nas condições de vida e trabalho (e, portanto, de ‘determinação’ social do processo saúde-doença)¹⁸, optou-se pela compreensão de manutenção de salubridade dos corpos advindos da influência da medicina social francesa¹⁹. Tal ideia de promoção se adequou ao capitalismo global com a retórica da ênfase nos ‘determinantes’ como algo isolado e descontextualizado do modo de produção capitalista, sugerindo que visões parcelares e fragmentadas de suas formas de financiamento e rateio fizessem mais sentido na operação de suas ações.

Outra ideia incorporada ao pensamento edificante dos cuidados primários,

especialmente nos sistemas de saúde latino-americanos, foi a perspectiva da ‘Prevenção de Doenças’. Ao invés de ser considerada a prevenção por meio de uma perspectiva crítica que remontasse à crítica inicial do saber epidemiológico disponível às condições econômico-sociais, tal qual foi realizado nos anos 1960²⁰, optou-se por uma abordagem funcionalista da prevenção, orientada pela ‘proteção específica’ a determinadas doenças, com ênfase no conceito de ‘exposição/risco’ ou redução do dano em nível subclínico²¹. Essa maneira de conceber a prevenção pode ser considerada a essência das políticas focalizada em doenças específicas (como HIV/Aids – Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, por exemplo), favorecendo, mais uma vez, um modelo de financiamento por adesão a esses programas.

Caudatária desses (re)arranjos conceituais, emergiu a ideia de AP, já nos anos 1980, com ênfase na perspectiva ‘esvaziante’ do seu conteúdo político radical e questionador sobre o modo de produção capitalista. No mundo ocidental, essa perspectiva se assentou na edição de dois documentos que ganharam bastante expressão: o primeiro deles foi o *Black Report*, que admitia a existência de desigualdades sociais que são ‘justas’, pois relacionava as iniquidades (desigualdades sociais ‘injustas’) com a morbimortalidade; o segundo foi a I Conferência Nacional de Saúde do Canadá, que ressaltava o contexto social como poderoso ‘determinante’ da saúde dos povos. O *Black Report* dificultou a clareza da ideia de equidade como ‘cada qual com sua capacidade e cada um com sua necessidade’²² escamoteando a ‘necessidade em saúde’ como critério de rateio dos recursos financeiros; já a Conferência, ao diminuir a ‘determinação’ aos ‘determinantes’, reduziu o social a uma variável explicativa, induzindo à ideia de que o rateio de recursos possa ser operacionalizado apenas por um ‘determinante isoladamente’ (por exemplo, o ‘demográfico’ apenas).

Enquanto a ideia de AP perdia sua radicalidade no mundo afora, na América Latina havia resistência a essas interpretações defendidas por intelectuais dedicados ao tema. Entre eles Garcia, Laurell e Breilh são os seus maiores expoentes; e especialmente no Brasil, as produções de Arouca e Donnangelo reforçavam a interpretação marxista da sociabilidade capitalista na expressão de doenças¹⁴.

Contudo, a ofensiva da interpretação dos ‘Determinantes Sociais da Saúde’, com amplo financiamento dos órgãos internacionais (como a Organização Mundial da Saúde – OMS), ganhou maior aceitabilidade e, portanto, penetrou mais rapidamente no discurso do pensamento sanitário corrente. Buss e Pelegrinni-Filho²³ são autores filiados a essa expressão e discorrem que os ‘determinantes sociais da saúde’ são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Após a penetrabilidade dessa ideia, o conceito de AP foi delineado e sistematizado por Starfield²⁴, já em radicalidade bastante reduzida da concepção original, que compreendia que a AP é uma atenção de primeiro contato, contínua, global e coordenada (princípios fundamentais) que se proporciona à população sem distinção de gênero, ou enfermidade, ou sistema orgânico.

Como, porém, tudo isso repercutiu na AP no Brasil? O País, refém de uma estrutura econômica dependente dos países de capitalismo central, e tentando se oxigenar no processo de redemocratização, padecia da escolha política de seus representantes – à época, Itamar Franco^{25,26}. Esse governo incorporou no recém-criado SUS o receituário do Banco Mundial²⁷ para os países ‘em desenvolvimento’: uma cesta básica de procedimentos para população que não possa acessar a assistência privada, a partir de experiências locais. É desde aí que APS vem sendo operacionalizada, limitando-se a um caráter residual e assistencialista que não tem efetivado em toda sua completude.

As primeiras experiências locais brasileiras que iniciaram a edificação da AP²⁸ (já bastante reduzida em termos conceituais e em sua radicalidade original)²⁹ no Brasil foram basicamente três: a experiência dos Agentes de saúde na comunidade de Sobral (CE), a experiência dos médicos de família em Niterói (RJ) e a experiência dos agentes de saúde comunitária em Camaragibe (PE).

Em face dessas experiências, o governo federal, em 1994, ainda sobre a batuta de Itamar Franco, criou o Programa de Saúde da Família, como expressão-síntese das experiências anteriormente mencionadas. Agradava-se assim o seu financiador (Banco Mundial) e a pauta de reorganização da APS no Brasil, com a ‘invenção’ do termo ‘Atenção Básica à Saúde’. Foi nessa nova abordagem que se organizou um modelo de financiamento federal específico por meio de incentivos financeiros para indução de modelos cestas básica, como o Programa de Saúde da Família (PAB Variável). Mendes e Marques³⁰ apontam que muitos especialistas confundem AB com ações e serviços financiados pelo PAB; outros especialistas, por restringirem à ESF/PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde; e a maioria, inclusive o MS, por não considerar os serviços inequivocamente classificados como bens públicos tais como realizados pela vigilância sanitária, epidemiológica e controle de vetores.

É possível dizer que, ao construir o conceito de ‘Atenção Básica’ (que se afasta do conceito de Cuidados Primários em Saúde, tal como defendido em Alma Ata e nem tem a radicalidade do pensamento crítico em seus conceitos fundamentais), constitui-se uma criação totalmente brasileira que resulta da síntese de cinco grandes elementos: a) apresenta-se como um ‘catálogo de serviços’ a serem oferecidos (alguns cuidados primários de saúde e outros); b) baseia-se na inter-relação entre os conceitos ‘restritos’ de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; c) tem como finalidade ser de AP (em termos de seus princípios

fundamentais); d) configura-se por meio de diferentes experiências pioneiras no Brasil (agentes sanitários e profissionais de nível superior) e) baseia-se em baixa incorporação tecnológica do tipo dura e alta incorporação tecnológica leve³¹⁻³⁴.

Na tentativa de delimitar melhor o que seria AB e sua composição do ponto de vista de ação/serviços, Botazzo³⁵⁽²⁷⁾ polemiza quando afirma que:

[...] a Atenção Básica significa 'alguma coisa' situada entre a promoção da saúde e a reabilitação, inclusive, se tomamos os níveis de prevenção de Leavell e Clark como referência. Assim, o serviço iria desde prover condições ambientais, nutricionais e educacionais adequados e exames preventivos às pessoas e grupos sociais, até a cura e a reabilitação dos acometidos.

Mesmo sobre diversas tentativas de elucidação, o MS, em 2006, trabalhou na primeira definição oficial sobre AB, mais bem-acabada, definindo-a como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Ainda, complementava dizendo que ela deve utilizar tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde³¹.

Em 2007, a AB tinha como ênfase o modelo tecnoassistencial da ESF, contudo, mesmo sob a insígnia da complexidade tecnológica necessária para condução de vínculo, longitudinalidade e responsabilização, a noção da AB como um serviço de baixa complexidade ainda traz como herança semântica a ideia referente à expressão 'complexo' que se dá para definir os níveis de atenção que possuem maior complexidade de custo³⁶. Isso teve implicações tão profundas que Mendes e Marques³⁰ descrevem que, na maior parte das vezes, o critério utilizado para

a construção do conceito de AB refere-se ao nível de complexidade da ação e/ou serviço de custo facilmente apurado, essencial para defesa de sistemas pretensamente universais.

Com a possibilidade de maior enxugamento sobre o conceito de AB, o conceito de Redes (destituindo-se, desta vez, a ideia de 'sistema' de saúde integrado por níveis de atenção) incluído na Portaria do MS 2.488/2011 recortou suas ações por 'linhas de cuidado'. Em que pese a relevante tarefa de ratificar a AB como Política Nacional, revisando seus critérios operacionais³⁷, pecou-se em defini-la e admiti-la (pelo menos no Brasil), como equivalente à AP (o que parece bastante questionável em virtude do histórico recorrido). Ademais, essa portaria a coloca como coordenadora do cuidado em rede fragmentando ainda mais a perspectiva holística que se desejava para saúde, reforçando determinadas redes em detrimento de tantas outras trajetórias de cuidado³⁸.

Mesmo com os pertinentes avanços que foram realizados na incorporação de profissionais de saúde para o alcance da integralidade nos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família³⁹, existe, agora, um conceito de AB, extremamente orientado para construção de redes, ao invés de enfrentar o desafio concreto da regulação assistencial do sistema e a informatização dos complexos reguladores em todo o País. Isso ocultou o debate acerca do financiamento necessário para que a rede se estabelecesse materialmente complexos reguladores que garantam comunicabilidade entre serviços, e não apenas depositando no sujeito a iniciativa de construção de seus itinerários terapêuticos.

Nesse sentido, pode-se dizer que, em menos de 10 anos, a nova PNAB (2017) agudiza o processo de desconstrução do conceito de AP, enterrando por completo a radicalidade inicial da ideia. Vê-se bem acertada a cuidadosa análise feita por Morosini et al.⁴⁰, que afirmam os riscos potenciais para a AB, salientando a relativização da cobertura, segmentação do cuidado (por meios de padrões básicos e ampliados de serviços), o retorno à AB tradicional e a fusão das atribuições dos

Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com a dos Agentes de Controle de Endemias.

Assim, ao final de 2017, assiste-se ao enxugamento da AB não apenas na ordem do discurso, mas também, agora, em sua concepção e financiamento, compatibilizando o discurso à prática. Nesse cenário, é possível pensar em Atenção ‘Básica’ ou poder-se-ia dizer ‘Mínima’ em todos seus sentidos?

Notas históricas sobre os repasses do financiamento federal do SUS e os critérios de rateio: localizando a AB

Há alterações importantes nas categorias de repasses do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos subnacionais – Fundo Estadual de Saúde (FES) e Fundo Municipal de Saúde (FMS). Em 2017, foi aprovada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) a Portaria do MS nº 3.99212 que orienta os repasses federais em duas modalidades, custeio e investimento, substituindo os blocos de financiamento, definidos pela Portaria nº 204 do MS de 2007⁴¹.

Mesmo que o art. 17 da Lei Complementar 141, de 2012¹¹, já indicasse a necessidade de alteração na forma de repasse dos recursos da saúde, tendo como critério-guia necessidades de saúde, a nova portaria não promoveu modificações nesse sentido. Tratou-se apenas de agregar os antigos blocos, com o intuito de facilitar para os gestores estadual e municipais o manejo dos recursos repassados pelo MS. Porém, no seu interior, foram criados os grupos que mantêm a correspondência aos antigos seis blocos.

Os embates entre os diferentes atores políticos quanto à defesa ou não de tais mudanças apontam para a necessidade de compreender essa alteração em relação à histórica alocação federal de recursos do SUS. Entende-se que tal medida devesse ser também acompanhada da modificação dos

critérios de rateio dos recursos federais a estados e municípios, conforme determina a Lei nº 141, o que não ocorreu.

É possível aceitar que o modelo anterior de blocos de financiamento, implantado pelo Pacto pela Saúde, por meio da Portaria nº 204, significou um pequeno avanço em relação ao passado das diversas ‘caixinhas’, porém sua forma de definição – seis blocos – não foi marcada por uma lógica de alocação de recursos de forma equitativa.

Tratou-se de caracterizá-las como níveis de atenção à saúde e por áreas administrativas do MS, isto é, Bloco da Atenção Básica, Bloco da Média e Alta Complexidade, Bloco da Vigilância em Saúde, Bloco da Assistência Farmacêutica, Bloco de Gestão e Bloco de Investimento. A única vantagem foi diminuir o excesso de repasses anteriormente estabelecidos – cerca de 320 – para apenas seis, facilitando a utilização financeira dos recursos por parte dos gestores estaduais e municipais^{30,42}.

A Portaria nº 204, contudo, não permitia a transferência dos recursos financeiros entre os Blocos, prejudicando a utilização com base na definição da política local de saúde estabelecida no plano de saúde. Ainda, é importante comentar que esses Blocos, estabelecidos pela Portaria nº 204, não seguiram a lógica de necessidades em saúde.

O novo modelo da Portaria MS nº 3.992¹² avança no sentido de uma luta histórica dos gestores municipais do SUS à medida que permite o manejo dos recursos de forma geral, estabelecendo uma desvinculação financeira deles. Esses gestores podem passar a realmente exercer seu poder em saúde, na medida em que dispõem de apenas duas modalidades de repasses de recursos financeiros, custeio e investimento, assegurando a utilização dos recursos de forma agregada⁴³.

No tocante à questão orçamentária, porém, o novo modelo não promoveu a desvinculação orçamentária. Isso significa dizer que o município ainda deve orçar seus gastos de forma específica em relação aos grupos

e ações definidas pelo MS. Trata-se, por exemplo, de Grupo: Atenção Básica, Ação: Piso da Atenção Básica em Saúde e Ação Detalhada: PAB Variável, ou PAB Fixo, ou ACS, ou Custeio de Atenção à Saúde Bucal etc. Assim, se o gestor municipal não organizar seus itens de gasto na AB dessa forma transferida, terá problemas de comprovação dos recursos aplicados para efeito de prestação de contas com o MS. Nesse caso, ainda se mantém a vinculação orçamentária do gasto a programas específicos, mantendo o MS como agente definidor da política de saúde no território nacional. Portanto, ratifica-se a lógica fragmentada de pensar a atenção primária, corroborando toda a tese de redução conceitual apresentada na seção deste artigo 'Notas históricas sobre os repasses do financiamento federal do SUS e os critérios de rateio: localizando a AB'.

Ainda que o repasse de forma global, custeio e investimento, não se consolidou em termos de desvinculação orçamentária, não deixa de ser uma reivindicação de estados e municípios há anos, desde que o SUS foi criado com a Lei Orgânica nº 8.080/90 e, principalmente, com a Lei nº 8.142/90, que trata das transferências de recursos no interior do SUS. Desde então, falava-se na ideia do repasse dos recursos fundo ao fundo, que seria do Fundo Nacional de Saúde para o fundo municipal de saúde, de forma automática e global⁴².

Na prática, isso só funcionou em 1993, com um processo de municipalização que se iniciou naquela época com a Norma Operacional Básica (NOB) 93 do MS. Esta NOB determinou a transferência dos recursos da União para 11 municípios do Brasil que foram habilitados para receber recursos de forma global, passando a ter a responsabilidade sobre a execução de todas ações e serviços de saúde⁴⁴. Na época, essa atribuição foi denominada por gestão semiplena. Significava que o município recebia a transferência e poderia usar o recurso mediante o seu planejamento local; vale dizer, o seu plano de saúde, decidido em um conselho, ou seja, na

sua política de saúde determinada pelas necessidades locais, permitindo um financiamento mais integral da AB. Entre 1993 e 1995, esses 11 municípios receberam recursos da União de forma global. Em que pese a NOB 93 significar um ponto de inflexão no modelo de financiamento ao encontro do conceito ampliado de AB, isso não perdurou por muito tempo.

Com a NOB 96, que criou fortemente os incentivos financeiros para repassar recursos de acordo com os programas definidos pelo MS^{42,44}. O governo federal inventava uma política e exigia que os municípios e estados a adotassem, recebendo assim incentivos financeiros. Se o município desejasse, e era difícil que não o fizesse, em um quadro de constante escassez de recursos, ele poderia mandar um projeto que o habilitaria a receber um incentivo financeiro para implantá-lo. Se o município criasse o projeto para realizar a campanha de combate ao câncer de colo interino e/ou a campanha para combater a catarata, por exemplo, receberia os recursos para essas finalidades. No caso dessa última campanha, existiam municípios que não apresentavam de forma significativa esse problema de catarata, mas acabavam elaborando esse projeto e o enviando para o Ministério a fim de receberem os recursos⁴³, afastando-se por completo das realidades epidemiológicas locorregional. Desse modo, esse modelo de financiamento contribuiu para o reforço de uma visão residual, assistencialista e não integral do conceito de AB.

Ainda, o grande apoio do financiamento federal instituído pela NOB 96 foi o incentivo à implantação do Programa Saúde da Família. Se o município implantasse uma Equipe de Saúde da Família (EqSF), ele teria um adicional de recursos do Ministério; se essa equipe implantasse agentes comunitários, ela teria ainda mais recursos. Nesse sentido é que a NOB 96 acabou estabelecendo o PAB⁴³, restringindo a AB apenas a esse tipo de financiamento.

Vale notar que, já em 1997, Bueno e Merhy⁴⁵ argumentavam, de forma contundente,

que a NOB 96, por meio da introdução do PAB, iria inibir a autonomia do município, induzindo-o a adotar programas não definidos localmente. Desse modo, a NOB estava induzindo o crescimento do número de incentivos financeiros. Isso porque o MS iria repassar os recursos mediante um per capita nacional do governo federal. Na época, foi concebido que o valor seria de R\$ 10 per capita ao ano. Se analisarmos a transferência do Ministério, quando se refere à AB, por exemplo, o que mais cresceu, entre 1997 e 2017, foi a transferência referente ao PAB Variável, e não o PAB Fixo, que é baseado no per capita. O PAB Variável refere-se aos incentivos para implantar as políticas definidas pelo governo federal.

Com base nisso, foram ganhando força os incentivos financeiros na forma de transferência de recursos do MS, em contraposição à forma de repasse global e em sintonia com o conceito ampliado de AB. Disso resultou a criação do que, no âmbito da denominação da gestão do SUS, intitulou-se de ‘caixinhas’ – repasses financeiros ‘carimbados’ conforme políticas definidas pelo MS³⁰.

Após grande pleito dos gestores municipais em alterar a lógica das ‘caixinhas’, foi aprovada a Portaria nº 204/2007, que as agrupou em seis blocos de financiamento. Porém, tornou-se conhecido de todos os gestores que, no interior desses seis blocos, foram sendo gestados novos incentivos; e, até o advento da Portaria nº 3.992, somavam cerca de 800 formas⁴³, demonstrando como a perspectiva restrita se perpetua ainda nessa proposta mais integralizante. Na prática, esse modelo de transferências dos recursos federais inviabiliza a gestão dos recursos baseada nas necessidades de saúde locais.

Em 2012, com a regulamentação da EC 29, por meio da aprovação da Lei Complementar nº 141, ficou conhecido que a discussão não era somente ter mais recursos para o SUS, mas, sobretudo, aprimorar a forma de distribuição dos recursos da União para os demais gestores, isto é, aperfeiçoar os critérios de

rateio. Desta feita, o art. 17 da Lei nº 141¹¹ determina que as transferências devem ser repassadas pela União para os estados e municípios levando em consideração critérios de rateio, conforme as necessidades em saúde, balizadas nas condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas e espaciais. O art. 19 repete os critérios do art. 17, mas se refere às transferências dos estados para municípios, quase nunca discutido no âmbito dos fóruns do SUS. Assim, ainda que do ponto de vista institucional, a discussão da equidade na alocação de recursos alcança centralidade no âmbito dos critérios de rateio, aproximando-se de uma visão mais integral.

A metodologia para implantação de critérios de rateio, contudo, de acordo com as necessidades de saúde, ainda não foi definida pelos gestores do SUS. Cabe ressaltar que ainda permanecem os critérios de repasses de recursos mediante a produção de ações e serviços de saúde e os incentivos financeiros para o desenvolvimento de políticas específicas, identificando a persistência da lógica fragmentada. Entende-se que a discussão acerca do financiamento da AB necessita ser ampliada para além dos mecanismos atuais, sendo orientada principalmente por necessidades de saúde, conforme preconiza a Lei nº 141/2012.

Todos os critérios que estão citados na Lei nº 141 devem ser agrupados por três eixos que contemplariam níveis de transferências globais. São eles: Eixo 1: Necessidades de saúde medidas pela situação demográfica, socioeconômica, geográfica e epidemiológica; Eixo 2: Capacidade de oferta e produção de ações e serviços de saúde; Eixo 3: Desempenho técnico e financeiro anual das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, torna-se fundamental lembrar que as novas modalidades de transferências do MS, segundo a Portaria nº 3.992/2017, estejam associadas aos respectivos eixos referentes aos critérios de rateio da Lei nº 141/2012. Dessa forma, a política local de saúde seria fortalecida em relação às necessidades de saúde da população.

Dimensão do financiamento da AB e da ESF

Quando se analisa a participação das diferentes esferas de governo no gasto público total, permite-se constatar que os recursos federais respondem pela maior participação, ainda que tenha diminuído ao longo da existência do SUS. Isso porque o processo de descentralização do SUS e a aprovação da EC 29/2000 provocaram impactos importantes nesse gasto.

Pode-se verificar, de forma significativa, uma elevação da participação de estados e, principalmente, dos municípios no total do gasto público. Em 1990, o governo federal participava com 74,4% do total desse gasto, os estados, 13,5%, e os municípios, 12,1%. Durante essa década, a participação da União foi decrescendo. Quando a EC 29 foi criada, em 2000, a União respondia por 59,9% do total, os estados, 18,5%, e os municípios, 21,7%. A partir dessa EC, a participação do governo federal foi decrescendo, vindo a atingir 43,2% em 2015. Por sua vez, nesse período, entre 2000 e 2015, observa-se o aumento significativo da participação dos estados, que passou de 18,5% para 25,9%, enquanto a dos municípios saiu de 21,7% para 30,9%².

Diante da diminuição da participação dos recursos federais no financiamento da saúde pública, há quem entenda que atualmente é menor o papel exercido pelo governo federal

na determinação da política de saúde e que esse estaria sendo preenchido pelos municípios. No entanto, essa interpretação deixa de considerar não só que o governo federal continua sendo o principal detentor dos recursos como também que a participação dos municípios no financiamento está pulverizada em todo território nacional.

Na realidade, o governo federal continua sendo o principal definidor da política de saúde nesse território. Ao longo da implantação do SUS, todos os esforços do MS têm se dirigidos para a alteração do modelo da assistência à saúde, priorizando a AB destituída de sua radicalidade, conforme abordado na primeira seção deste artigo. Porém, o que ocorre é que a Média e Alta (MAC) complexidade detém a maior parte dos recursos alocados, o que destoia da relação ‘modelo-financiamento’ (ver *tabela 1*). Para essa compreensão, é preciso que se analise a evolução do financiamento do governo federal no SUS, por meio da destinação de seus recursos.

Ao se analisar a execução do gasto do MS por subfunções de governo, observa-se que a assistência hospitalar e ambulatorial – na qual está classificada a despesa com a MAC – apresentou uma pequena queda na participação relativa do gasto, passando de 50,5%, em 2007, para 45,2%, em 2017. A maior parte desse valor, no entanto, correspondeu às transferências para estados, municípios e para o DF intituladas transferências ‘fundo a fundo’ (*tabela 1*).

Tabela 1. Execução do gasto do Ministério da Saúde: distribuição percentual do gasto total segundo as subfunções de governo, 2007-2017

SUBFUNÇÕES	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Atenção Básica	17,1	17,2	16,1	16,7	18,1	18,1	18,2	20,3	18,9	19,0	18,4
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	50,5	50,8	49,8	50,5	50,3	49,2	47,0	47,3	47,3	45,4	45,2
Suporte Profilático e Terapêutico	9,4	9,5	10,4	9,8	9,7	10,8	11,6	10,8	12,7	13,4	11,8
Vigilância Epidemiológica	4,5	4,4	5,8	4,8	4,7	4,7	5,1	4,5	5,4	5,9	6,0
Vigilância Sanitária	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3
Outras Subfunções	17,9	17,5	17,3	17,6	16,8	16,8	17,7	16,7	15,4	16,0	18,4
TOTAL - FUNÇÃO SAÚDE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

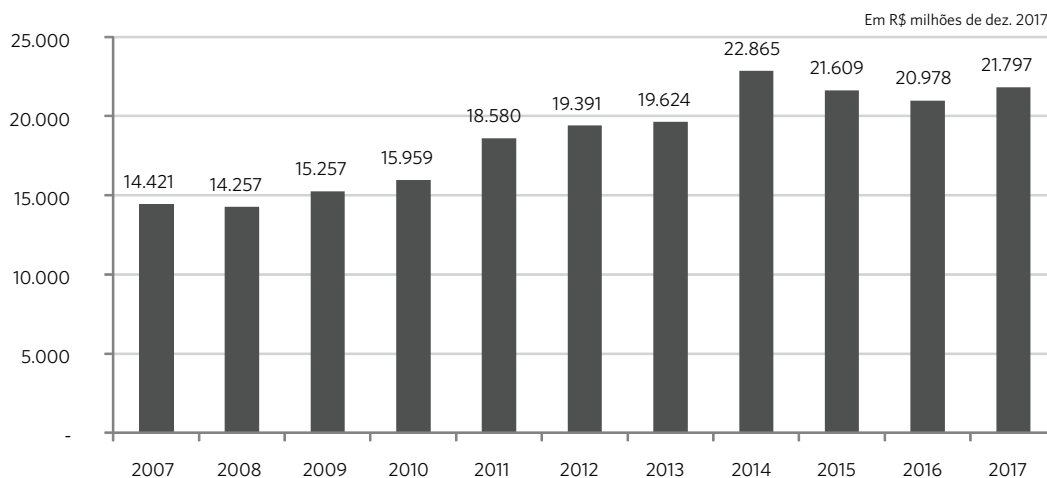
Fonte: Relatório Anual de Gestão do MS^{48,49}.

Por outro lado, houve um pequeno aumento da participação das despesas com AB no total das despesas do MS, que passou de 17,1%, em 2008, para 18,4%, em 2017. Na realidade, esse crescimento na alocação de recursos para a AB foi decorrente da política prioritária do MS de fortalecimento das ações ou programas como os incentivos para a ESF e do Programa de ACS.

Como já indicado na introdução desse trabalho, entretanto, o subfinanciamento do SUS

ficou mais intenso a partir de 2014. É perceptível essa situação quando se verifica o período entre 2014 e 2017. Constata-se um declínio dessa participação das despesas com AB em relação ao total, passando de 20,3% para 18,4%. Essa queda na participação relativa pode ser mais bem visualizada no gráfico 1 quando se apresentam os valores deflacionados a dezembro de 2017 pelo IGP-DI/FGV – Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna da Faculdade Getúlio Vargas (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Ministério da Saúde: despesas empenhadas na subfunção Atenção Básica, 2007-2017



Fonte: Relatório Anual de Gestão do MS^{48,49}.

Nota-se que, entre 2014 e 2017, as despesas empenhadas do MS com a subfunção AB diminuíram em 4,7%, passando de R\$ 22.865 milhões para R\$ 21.797 milhões respectivamente (*gráfico 1*). Essa queda não foi verificada na despesa com assistência hospitalar e ambulatorial, na medida em que passou de R\$ 53.402 milhões para R\$ 53.596 milhões. Dessa forma, fica evidenciada que a política de AB foi desprestigiada no início do segundo governo Dilma e, principalmente, nos dois anos do governo Temer.

De forma intensificada, neste último governo, sustentado por setores conservadores da sociedade brasileira, a lógica da política econômica restritiva (principalmente com *superávit* primário com cortes de gastos), adotada pelos governos da década de 1990 e 2000, manteve-se e foi acirrada. Desse modo, podemos identificar diversas medidas que vêm sendo impulsionadas, orientando a saúde para o livre mercado. Dentre elas, cabe destacar a Revisão da PNAB que se materializou na PNAB 2017. Essa nova PNAB flexibiliza a forma como a APS é operacionalizada, por meio da ESF, levando para um processo de aprofundamento da privatização da saúde no País e conduzindo a AB a um caráter residual e assistencialista, distanciando-a de seu caráter de ordenadora do SUS.

Antes de comentar, especificamente, as novas características do financiamento da AB, conforme a PNAB 2017, considera-se importante lembrar a sua composição atual, em termos do PAB Fixo e PAB Variável.

No quadro de subfinanciamento do SUS, o valor do PAB Fixo se mantém, desde 2013, até a última Portaria do MS/GM nº 3.947, de 28 de dezembro de 2017. A depender da categoria populacional dos municípios, o PAB Fixo se enquadra entre R\$ 23,00 e R\$ 28,00 (sendo este último valor para municípios com até 50 mil habitantes) (*quadro 1*). Sabe-se que essa base média per capita é ainda bastante insuficiente para que a AB no SUS assuma a sua responsabilidade de coordenadora do cuidado integral em saúde e

ordenadora das redes de atenção. Isso porque se o maior valor de 2013 – R\$ 28 habitante/ano – fosse atualizado monetariamente pelo Índice Geral de Preços Disponibilidade Interna (IGP-DI/FGV), corresponderia a R\$ 35,0 em valores de dezembro de 2017.

Entre os componentes do PAB Variável, destacam-se os valores dos incentivos financeiros para as EqSF implantadas. São transferidos a cada mês, com base no número de ESF registrado no sistema de cadastro nacional do MS. São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as EqSF: Modalidade 1, R\$ 10.695,00: I – implantadas em municípios com população de até 50 mil habitantes nos estados da Amazônia Legal, e até 30 mil habitantes nos demais estados do País; e II – implantadas em municípios não incluídos no estabelecido na alínea I, e que atendam à população remanescente de quilombos ou residentes em assentamentos de, no mínimo, 70 pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município. Modalidade 2, R\$ 7.130,00: implantadas em todo o território nacional, que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1 (*quadro 1*).

Quando as EqSF forem compostas também por profissionais de saúde bucal, o incentivo financeiro será transferido a cada mês, tendo como base: I (R\$ 2.230,00) – a modalidade específica dos profissionais de saúde bucal que compõem a ESF e que estão registrados no cadastro do MS no mês anterior ao da respectiva competência financeira; e II (R\$ 2.980,00) – a modalidade de toda a EqSF, conforme indicado acima e relacionado com as características dos municípios e da população atendida (*quadro 1*).

A ESF incorpora os ACS, o repasse do MS a esse programa conta com valores de R\$ 6.084,00 por agente/mês (*quadro 1*). Além disso, outras formas de repasses são inseridas no financiamento da AB, tais como o Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais, Consultório na Rua, o Programa Saúde na Escola, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (*quadro 1*).

Considera-se importante visualizar, de forma sintética, as transferências federais (PAB Fixo e Variável), no âmbito do custeio

e da implantação da ESF, com respectivos valores destinados aos municípios. Para tanto, apresenta-se a seguir o *quadro 1*.

Quadro 1. Financiamento federal da Atenção Básica

FEDERAL					
Custeio					
PAB FIXO	Per capita/ano R\$ 23,00 - 28,00 (a)				
PAB VARIÁVEL	ESF*				
	ESF Modalidade I	ESF Modalidade II			
	R\$ 10.695,00/mês	R\$ 7.130,00/mês			
	ESB*				
	ESB Modalidade I vinculada a ESF I	ESB Modalidade II vinculada a ESF II			
	R\$ 2.230,00/mês	R\$ 2.980,00/mês			
	ACS**				
	R\$ 6.084,00				
	Saúde da Família Ribeirinhas***				
	R\$ 4.000,00/mês				
	Saúde da Família Fluviais***				
	Saúde da Família Fluviais	Saúde da Família Fluviais c/ Saúde Bucal			
	R\$ 34.000,00/mês	R\$ 44.000,00/mês			
	Consultório na Rua****				
	Consultório na Rua I	Consultório na Rua II	Consultório na Rua III		
	R\$ 9.500/mês	R\$ 13.000/mês	R\$ 18.000/mês		
	Nasf*****				
	Nasf I	Nasf II	Nasf III		
	R\$ 20.000,00/mês	R\$ 12.000,00/ mês	R\$ 8.000,00/mês		
	Programa Saúde na Escola				
	R\$ 6.676,00/mín.				
	Programa Academia da Saúde				
	R\$ 80.000,00 - 218.000,00/a depender do m ²				
	PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica				
	Equipe AB	Equipe Saúde Bucal	Nasf I	Nasf II	Nasf III
	R\$ 8.500	R\$ 2.500	R\$ 5.000	R\$ 3.000	R\$ 2.000

Quadro 1. (cont.)

IMPLANTAÇÃO	
ESF	R\$ 20.000,00
ESB I	R\$ 2.230,00
ESB II	R\$ 2.980,00
Nasf I	R\$ 20.000,00
Nasf II	R\$ 12.000,00
Nasf III	R\$ 8.000,00

Fonte: Elaboração própria, com base nas portarias:

*Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012⁵¹.

**Portaria nº 959, de 10 de maio de 2016⁵².

***Portaria nº 1.834, de 27 de agosto de 2013⁵³.

****Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011⁵⁴.

*****Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013⁵⁵.

*****Ministério da Saúde⁵⁶.

*****Ministério da Saúde⁵⁷.

***** Portaria nº 562, de 4 de abril de 2013⁵⁸.

(a) Permanece os valores conforme a Portaria nº 3.947, de 28 de dezembro de 2017⁵⁰.

Sabe-se que os valores repassados pelo governo federal aos municípios são insuficientes para sustentar a ESF³⁰. Na realidade, quando esses incentivos são comparados à contrapartida dos recursos municipais, tem-se que, na prática, esses últimos recursos correspondem a cerca de 70% do financiamento da AB em nível local. Contudo, é possível verificar que grande parte dos gestores municipais também admite que os repasses federais constituam um montante importante para o financiamento desse nível de atenção à saúde.

A introdução desses incentivos, a partir da NOB 96, estimulando os municípios a incorporarem programas que lhes acrescentam receita financeira, vem significando aumento de poder do governo federal na indução da política do MS, especialmente no campo da AB, afastando-se do conceito ampliado e radical desse nível de atenção, como discutido na seção 2. Essa forma de transferência de recurso parece ter assumido um sentido ainda mais significativo no âmbito dos gestores do SUS à medida que não tem

encontrado resistência contrária.

Esse esquema de financiamento vem afastando qualquer possibilidade de alteração da lógica de transferência em direção à alocação dos recursos federais conforme as necessidades de saúde, estabelecidas na Lei nº 141/2012, mencionada na seção 3 deste artigo. Mesmo que a Portaria do MS nº 3.992/2017 tenha alterado as modalidades de transferências federais para uma lógica global por meio de dois blocos, custeio e investimento, nada foi modificado em termos dos critérios de rateio de recursos com base em necessidades de saúde. A lógica dos incentivos financeiros, como base de cálculo dos valores do PAB Variável, permanece intocável. Ainda, cabe dizer que, com a introdução da PNAB 2017, essa lógica foi ainda ampliada.

De acordo com a nova PNAB 2017, segundo a Portaria nº 2.436 de setembro de 2017, os recursos que integram o PAB Variável continuam sendo intitulados como condicionados à implantação de estratégias e programas da AB. Isso corresponde aos recursos específicos para os municípios que

implantarem: as EqSF, as Equipes de Atenção Básica (EAB) – diferenciando-se da ESF –, as Equipes de Saúde Bucal (ESB), de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), dos Consultórios na Rua (eCR), de Saúde da Família Fluviais (eSFF) e Ribeirinhas (eSFR) e Programa Saúde na Escola e Programa Academia da Saúde.

Uma novidade importante no financiamento da AB pela nova PNAB é a incorporação de incentivos financeiros referentes à explicitação de alternativas para a configuração e implementação da AB, especificamente com a introdução de recursos para equipes de AB, de acordo com seus padrões diferenciados de ações e cuidados – básicos ou ampliados⁴³. Segundo Morosini et al.⁴⁰, pode-se dizer que se trata de uma pretensa flexibilidade, ancorada na argumentação da necessidade de responder às particularidades locais e, ainda, de descompromisso com a integralidade da saúde.

Além disso, a aprovação da nova forma de repasse global (custeio e investimento, conforme a Portaria nº 3.992/2017) parece ser totalmente contrária a essa forma de fragmentação da política por meio de sua própria lógica de financiamento global. Ainda, cabe acrescentar que essa Portaria nem sequer se referiu à introdução de critérios de rateio com base em necessidades de saúde locais, o que contribuiria para mensurar diferenças de atenção à saúde.

A nova PNAB ainda, atribui ênfase, destacando, de forma separada, os recursos condicionados ao desempenho dos serviços de AB com parâmetros, aplicação e comparabilidade nacional, como o PMAQ-AB. É perceptível nesse incentivo financeiro a manutenção da lógica gerencial de avaliação por desempenho. Trata-se de mecanismo criado pela PNAB 2011, e reforçado pela PNAB 2017, impondo ao serviço público a utilização de concepções e técnicas de gestão do setor privado, sob discurso da racionalização e eficiência, ficando

conhecida como gerencialismo¹, o que pode gerar ‘ilhas’ de excelência em detrimento de serviços que precisam de maior suporte financeiro-operacional.

Considerações finais

Entendemos que sem um resgate acerca de uma reflexão crítica radical do conceito de AB, retornando ao seu sentido original que remete aos cuidados primários em saúde e ao enfrentamento à determinação social da saúde, é praticamente difícil conduzir uma discussão mais aprofundada sobre as bases de seu financiamento no SUS. Por isso, para cumprir tarefa de tal envergadura, reforçamos a concepção de que o ‘modelo de atenção’ deve ser orientador do processo de financiamento. Se o SUS foi criado com base na principalidade da AP, esta deve necessariamente ser guiada por um financiamento compatível à sua expressão conceitual ampliada.

Na operacionalização da AB, especialmente a partir de 2004, com a introdução do Programa ESF, a integralidade sempre foi um desafio a ser conquistado. No entanto, seu financiamento, desde então, foi sempre orientado pela fragmentação, isto é, por incentivos financeiros – PAB Variável – que estimulavam os municípios a criarem programas que lhes adicionassem receita financeira, reforçando o aumento de poder do gestor federal na indução da política de saúde. Além disso, essa lógica de incentivos financeiros reforçou e ainda reforça a ideia restrita de AB ao ponto de se introduzir a PNAB 2017.

Não é de estranhar que nessa trajetória histórica de redução da concepção de AP nunca se conseguiu implantar uma forma de alocação dos recursos federais, especialmente para a AB, que se orientasse por critérios de rateio com base em necessidades em saúde. Isso é perceptível com o retardamento da implantação dos critérios introduzidos pela Lei nº 141, de 2012.

Assim, reiteramos a ideia que se não forem alterados os critérios de rateio e a concepção limitada em que a AB se encontra, certamente seu refinanciamento – em virtude dos prejuízos imposto pela EC 95, desfinanciando o SUS – também padecerá de problemas com efeitos diretos na atenção em função das necessidades em saúde da população.

Colaboradores

Carnut L, Mendes NA e Guerra LD contribuíram para elaboração com as seguintes atividades: substancialmente para a concepção, o planejamento e para a análise e a interpretação dos dados, bem como para a redação final; e significativamente na elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. ■

Referências

- Mendes Á, Carnut L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. In: XXIII Encontro Nacional de Economia Política. 12 a 15 de junho de 2018. Niterói: UFF; 2018.
- Mendes A, Funcia F. O SUS e seu financiamento. In: Marques RM. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Brasília, DF: Abres; MS; OPAS; 2016. p. 139-168.
- Marques RM. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. *Planej Polit Públicas*. 2017; 49:35-53.
- Soares A. O subfinanciamento da saúde no Brasil: uma política de Estado [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2014. 202 p.
- Mendes A. Os impasses dos direitos sociais trabalhistas e do financiamento da seguridade social e da saúde brasileira no capitalismo contemporâneo em crise. In: Souza HS, Mendes A, organizadores. *Trabalho e Saúde no Capitalismo Contemporâneo: enfermagem em foco*. Rio de Janeiro: Doc Content; 2016. p. 15-41.
- Scharamm JMA, Paes-Sousa R, Mendes, LVP. Políticas de Austeridade e seus impactos na saúde. *Textos para Debate*. 2018 maio; 1:1-38.
- Dwek E, Oliveira ALM, Rossi P, organizadores. *Austeridade e Retrocesso: impactos sociais da política fiscal no Brasil* [internet]. São Paulo: Brasil Debate; 2018 [acesso em 2018 ago 10]. Disponível em: http://brasildebate.com.br/wp-content/uploads/DOC-AUSTERIDADE_doc3-_L9.pdf.
- Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. Políticas sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo [internet]. Rio de Janeiro: Cebras; 2018 [acesso em 2018 jul 2]. Disponível em: <https://goo.gl/FrHR2H>.
- Martins R. Os mais vulneráveis pagam a conta da austeridade. *Carta Capital* [internet]. 2018 jul 24 [acesso em 2018 ago 14]. Disponível em: <https://>

www.cartacapital.com.br/revista/1013/os-mais-vulneraveis-pagam-a-conta-da-austeridade.

10. Funcia F. Transferências financeiras do fundo nacional de saúde para estados e municípios em 2017: efeitos da limitação de pagamentos imposta pelo teto de despesas primárias da emenda constitucional 95/2016 e evidência dos riscos da portaria MS 3992/2017. *Rev Domingueira Saúde* [internet]. [acesso em 2018 jun 16]; 17:1-6. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-17-junho-2018>.
11. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o parágrafo 3º 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; estabelece critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e outras providências Diário Oficial da União. 14 Jan 2012.
12. Brasil. Portaria nº 3992 de 28 de dezembro de 2017. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. 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. 29 Dez 2017.
13. Kleczkowski BM, Roemer MI, Werff AVD. National health systems and their orientation towards health for all: guidance for policymaking [internet]. Geneva: World Health Organization; 1984 [acesso em 2013 fev 2]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41638/1/WHO_PHP_77.pdf.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
15. Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis*. 2007; 17(1):29-41.
16. Pereira MFV. A inserção subordinada do Brasil na divisão internacional do trabalho: consequências territoriais e perspectivas em tempos de globalização. *Soc Natureza*. 2010; 22(2):347-355.
17. Guimarães EMS. Expressões conservadoras no trabalho em saúde: a abordagem familiar e comunitária em questão. *Serv Social Soc*. 2017; (130):564-582.
18. Vasconcelos KEL, Schmaller VPV. Promoção da Saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas. In: Vasconcelos KEL, Costa MDH, organizadores. *Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS*. São Paulo: Hucitec; 2014. p. 47-110.
19. Foucault MO. Nascimento da Medicina Social. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal. 1984. p.121-140.
20. Leavell S, Clark EG. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
21. Breilh J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
22. Karl M. *Crítica ao Programa de Gotha*. São Paulo: Boitempo; 2012.
23. Buss P, Pelegrinni-filho A. A Saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007; 17(1):77-93.
24. Starfield B. Is primary care essential? *The Lancet*. 1994; 344(8930):1129-1133.
25. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para organização de serviços básicos e da Estratégia de Saúde da Família em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública* 2008; 1:7-27.
26. Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-Am Enferm*. 2005; 13(6):1027-1034.
27. Krüger TR. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. *Rev Katál*. 2014; 17(2):218-226.

28. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 575-626.
29. Melo RB. Atenção primária à saúde e atenção básica à saúde: os discursos ideopolíticos do Ministério da Saúde [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2009. 209p.
30. Mendes A, Marques RM. A Dimensão do Financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Contexto do SUS. In: Souza MF, Franco MS, Mendonça AVM, organizadores. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. 1. ed. Campinas: Saberes; 2014. p. 458-517.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
32. Gusso GDF. Terminologia da atenção primária à saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2012; 36(1):93-99.
33. Mehry EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
34. Moretti-Pires RO. Complexidade em saúde da família e a formação do futuro profissional de saúde. *Interface.* 2009; 13(30):153-166.
35. Botazzo C. Sobre a Atenção Básica: Os cuidados primários de saúde no contexto da Reforma Sanitária brasileira. In: Botazzo C, Oliveira MA. (Org.). Atenção Básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. 1ed. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica Ltda, 2008, p. 1-12.
36. Ghenno EER. Complexidades da atenção... básica. Rede Humaniza SUS [internet]. 2009 mar 2 [acesso 2012 ago 2]. Disponível em: <http://redehumaniza-sus.net/4723-complexidades-da-atencao-basica/>.
37. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde debate.* 2017; 41(115):1177-1186.
38. Brasil. Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União.* 21 Out 2011.
39. Brasil. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família – NASFs. *Diário Oficial da União.* 24 Jan 2008.
40. 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
41. Brasil. Portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. *Diário Oficial da União.* 30 Jan 2007.
42. Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento. *Ciênc Saúde Colet.* 2003; 8(2):403-415.
43. Mendes A. As categorias de repasses do financiamento federal do SUS. *Rev Conasems.* 2017; 70:42-45.
44. Mendes A. Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995–2001) [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005. 422 p.
45. Bueno WS, Merhy EE. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes. In: Conferência Nacional de Saúde On-Line. Na Sequência da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Tema: Norma Operacional Básica. 1997. p. 96.

46. Vasconcellos SC. A problemática do financiamento da Atenção Básica nos municípios no período do Pacto pela Saúde (2006-2010): o caso do Estado da Bahia [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013. 158 p.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 Set 2017.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2011. [acesso 2018 out 13]. Disponível em: http://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_rag_2011.pdf.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2017. [acesso 2018 out 13]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017--COMPLETO-PARA-MS.pdf>.
50. Brasil. Portaria nº 3.947, de 28 de dezembro de 2017. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Atualiza a base populacional para o cálculo do montante de recursos do componente Piso da Atenção Básica Fixo PAB Fixo da Portaria 1.409/GM/MS. Diário Oficial da União. 28 Dez 2017.
51. Brasil. Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 17 Mai 2012.
52. Brasil. Portaria nº 959, de 10 de maio de 2016. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Define o valor do incentivo de custeio referente ao acréscimo de profissionais na equipe multiprofissional – Saúde da Família. Diário Oficial da União. 11 Maio 2016.
53. Brasil. Portaria nº 1.834, de 27 de agosto de 2013. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Institui e redefine valores diferenciados de custeio às Equipes de Saúde da Família que possuam profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento. Diário Oficial da União. 28 Ago 2013.
54. Brasil. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União. 26 Jan 2012.
55. Brasil. Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3. Diário Oficial da União. 5 Abr 2013.
56. Adesão ao Programa Saúde na Escola ciclo 2017-2018. [acesso 2018 out 13]. Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_adesao_pse_12_06.pdf.
57. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Academia da Cidade. [acesso 2018 out 13] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_academia_saude.php?conteudo=construcao_polos.
58. Brasil. Portaria nº 562, de 4 de abril de 2013. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Diário Oficial da União. 5 Abr 2013.

Recebido em 11/06/2017

Aprovado em 23/08/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve