

Ronaldo Bordin
Guilherme Dornelas Camara
(Organizadores)

GESTÃO EM SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

CASOS, ANÁLISES E PRÁTICAS

(VOLUME 4)

Editora Evangraf
Porto Alegre, 2022

© 2022, dos autores

Produção Gráfica e Impressão: Editora Evangraf

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE
Atividade conjunta da Escola de Administração e da Faculdade de Medicina/
UFRGS.

Coordenador: Ronaldo Bordin

Corpo docente: Claunara Schilling Mendonça, Fernando Dias Lopes, Guilherme Dornelas Camara, Maria Ceci Araújo Misoczky, Paul Douglas Fisher, Paulo Antônio Barros Oliveira, Paulo Ricardo Zilio Abdala, Mellina da Silva Terres, Rafael Kunter Flores, Ricardo de Souza Kuchenbecker, Roger dos Santos Rosa, Ronaldo Bordin e Takeyoshi Imasato.

Tutores de orientação a distância: Bruna Hentges, Bruno Silva Kauss (coordenador), Bruna Campos De Cesaro, Camila Guaranha, Liara Saldanha Brites e Pamela Ferreira Todendi.

Secretaria do curso: Fernanda Bordignon Soares.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G393 Gestão em saúde no Rio Grande do Sul : casos, análises e práticas (volume 4) / Ronaldo Bordin, Guilherme Dornelas Camara (organizadores). – Porto Alegre : Evangraf, 2022.
200 p. : il.

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5699-165-8

1. Gestão em Saúde - Rio Grande do Sul. 2. Atenção primária em saúde. 3. Telemedicina. 4. Tecnologia. 5. Epidemiologia - Serviços de saúde. 6. Violência. 7. Saúde pública. 8. COVID-19. I. Bordin, Ronaldo. II. Camara, Guilherme Dornelas.

CDU 614:658(816.5)

(Bibliotecária responsável: Sabrina Leal Araujo – CRB 8/10213)

O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO DA PRODUÇÃO PRESENTE NA BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE (BVS), 1988-2020

ANDERSON ODILON DOS SANTOS
RONALDO BORDIN

INTRODUÇÃO

A partir de 1988, a atenção à saúde do país passou por diversos mecanismos de financiamento, ainda persistindo as dificuldades para atingir os recursos necessários e melhorar os serviços ofertados à população. A inclusão de milhões de pessoas no sistema de proteção social ultimava garantir o acesso aos serviços públicos de saúde como direito fundamental de todo cidadão. Inicialmente restrito aos trabalhadores do mercado formal e contribuintes da Previdência Social, a Constituição Federal de 1988 criou fontes para sustentar o projeto político e estender a todos os brasileiros o direito à saúde (BRASIL, 2013).

A Atenção Primária em Saúde (APS) é considerada o primeiro nível de atenção em saúde desde o individual, ao coletivo, abrangendo questões de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. O seu objetivo está intimamente relacionado com o desenvolvimento de uma atenção integral que possua impactos positivos na vida dos pacientes (BRASIL, 2013).

A APS é a principal porta de entrada do SUS e o centro de comunicação com todas as Redes de Atenção contidas no Sistema Único. Ela deve se orientar pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, cuidado, integralidade, responsabilização, humanização e equidade, funcionando como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos simples aos mais complexos (BRASIL, 2013).

A Atenção Primária no Brasil passou por avanços que compreenderam a ampliação da oferta, facilitando o acesso e havendo maior disponibilidade de serviços com impactos positivos na saúde da população. Mesmo não sendo possível cindir os efeitos da atenção primária na população, a redução das taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAPS) está diretamente relacionada com a implantação e o avanço da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em sinergia com as políticas sociais implementadas pelo governo federal, o que contribuiu para a diminuição da pobreza em saúde. De 1998 até 2018, a cobertura nacional de ESF aumentou 70%, integrando-se 147 milhões de pessoas (O'DWEYR *et al.*, 2019).

Considerando o aumento da cobertura das ESF, bem como o aumento da demanda populacional de atendimento, ao final de 2019, haviam cerca de 45 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) com mais de 43 mil equipes de ESF potencialmente capazes de cobrir aproximadamente 150 milhões de pessoas (HARZHEIM *et al.*, 2020). O Programa Saúde da Família, iniciado em 1994, foi implementado como uma Política Nacional de Atenção Primária, alocando novos recursos para municípios carentes (GURGEL Jr. *et al.*, 2019).

Desde 1997 o modo de financiamento da Atenção Primária do Governo Federal era através do Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo (de R\$ 23,00 a 28,00 reais por capita, sendo definido de acordo com a saúde financeira) e do PAB Variável (utilizada como modo de incentivo para as Unidades de Saúde da Família pois, o aporte é mensal e baseado de acordo com tipo, quantidade de equipe e quadro de profissionais previstos). Em outubro de 2019 começou-se a pensar em um novo modelo de financiamento, sendo que, no dia 12 de novembro de 2019, foi publicado no Diário Oficial da União a portaria nº 2.979, alterando o contributo.

O plano “Previne Brasil” foi instituído para estabelecer novos financiamentos para a APS, visando corrigir os problemas de insuficiência de recursos e aumentar os investimentos para a APS, direcionando as equipes e os municípios que estão cada vez melhores para atuar na ESF (HARZHEIM *et al.*, 2020). A portaria estabelece novos custeios para a APS no âmbito do SUS, que passou a envolver capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos para ações estratégicas.

Para que a nova proposta seja um sucesso, o montante de recursos federais aos municípios deve aumentar para 2 bilhões de reais em 2020 quando comparado com o ano anterior. Além disso, a moção criou a equipe de atenção primária à saúde (eAPS) para aumentar a aceitação de transferências financeiras federais, reduzir a carga de trabalho dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas para que assim a equipe formada possa ser reconhecida e supervisionada pelo governo federal sem a necessidade de contratar outros profissionais (HARZHEIM *et al.*, 2020).

A restituição dos recursos após essas abordagens passou a ter base nas realizações similares feitas no Reino Unido, em que a atenção primária passou a precisar de recursos extras para que assim, pudessem fornecer os cuidados necessários aos pacientes incluídos. É de importante análise a esta população inclusa: sua idade, as taxas de desemprego, a pobreza e a carga de trabalho associada a cada tipo de paciente. Ademais, as condições de morbidade de cada cliente são de grande importância para essa realocação, visto que são feitas por ordem per capita e o conhecimento de todos os transtornos crônicos auto referidos deve ser contabilizado (GURGEL Jr. *et al.*, 2019).

Além do mais, quando se observam essas transferências a partir do Ministério da Saúde, pode-se constatar efeitos prejudiciais, havendo um crescimento nominal de 2,88%, sendo abaixo do anual do IPCA/IBGE, com média de 2,95%. Essa redução foi evidenciada quando o montante de recursos federais transferidos para a Atenção Básica foi de 8,2%. Dado o exposto, a Emenda Constitucional 95 tem ligação direta com estes constrangimentos para a saúde da população ainda no primeiro ano da sua vigência (MENDES *et al.*, 2018).

Em 2021 foi implantada a Portaria de Consolidação nº 1, de 2 de junho de 2021, que firma as normas sobre a Atenção Primária a Saúde. Esta portaria valida as equipes e todos os serviços da APS para que as transferências de incentivos financeiros sejam feitas pelo governo federal. Tal fator está diretamente relacionado com o cadastramento das equipes, os agentes comunitários de saúde e seus serviços ofertados através da portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Esta portaria permite que os incentivos financeiros só sejam encaminhados sob o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações ocorri-

das na APS. A ausência de irregularidades capazes de motivar a suspensão desses incentivos se manteve como o preconizado pela PNAB no programa Previne Brasil, contando com as normativas específicas que regulamentam a organização, o funcionamento e o financiamento de cada equipe e serviço da Atenção Primária (BRASIL, 2021).

As regras impostas pela Portaria de Consolidação nº 1 preveem que, para o recebimento dos incentivos financeiros do governo federal, haverá o monitoramento das regras estabelecidas e supracitadas, cujas competências serão consideradas no SCNES, subsidiando o financiamento subsequente. A suspensão das transferências deste financiamento adotará as regras preconizadas pela portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o programa Previne Brasil, bem como a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS de 28 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Em 15 de junho de 2021 foi promulgada a Portaria GM/MS nº 1.221, dispondo sobre os municípios que farão jus no segundo quadrimestre do ano, ao incentivo financeiro proposto pelo programa Previne Brasil, através da portaria 2.979 de 12 de novembro de 2019. No entanto, a primeira tem como objetivo corrigir os incentivos financeiros propostos pelo Programa, cujos impactos e suas correções só poderão ser analisados após o término da pandemia da COVID-19.

Neste contexto, este estudo objetiva revisar a produção científica presente na Biblioteca Virtual em Saúde quanto ao tema financiamento da atenção básica em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), de sua implementação (1988) até o ano 2020. É uma revisão bibliográfica do tipo integrativa voltada às formas de financiamento do SUS a partir da CF-88 e suas alterações.

Foi realizada uma pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), nas bases de referências LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Excerpta Medica dataBASE (EMBASE), MEDLINE (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica) com acesso à PUBMED (US National Library of Medicine) e SciELO (Scientific Eletronic Library On-line). Foram incluídos artigos completos, em língua portuguesa e inglesa, publicados a partir do ano de 1988, utilizando os seguintes descritores para a realização da busca: “Sistema Único de Saúde”, “Financiamento da As-

sistência à Saúde”, “Assistência à Saúde” e “Financiamento dos Sistemas de Saúde”. Ao final foram encontrados um total de 55 artigos, 15 dos quais selecionados para a revisão. Não foram considerados artigos que contemplem o estudo de financiamento nas esferas municipais, apenas aqueles cujas análises são feitas sob o modelo de financiamento na política, em esfera federal.

RESULTADOS

No Quadro 1 estão os 15 artigos que compõem esta revisão, sistematizados segundo autoria, ano de publicação e periódico, objetivos e resultados encontrados.

Observa-se que:

a) de maneira geral, os artigos têm como objetivo detalhar o financiamento do Sistema Único de Saúde analisando as Leis regentes, as Portarias, a implementação das Emendas Constitucionais no Brasil. As perspectivas de financiamento e os fatores de melhora e piora diante das implementações são demonstradas, bem como a cobertura de atenção primária e a relação com os subsídios.

b) nenhum artigo selecionado para revisão foi publicado nos primeiros 25 anos (1988-2013) que se seguiram à publicação da CRF-88. Dos artigos encontrados, onze artigos foram publicados no biênio 2019-2020.

Alguns estudos datados entre estes anos foram encontrados, cujos pontos citados no estudo foram salientados através da cartilha do SUS de Piola, Paiva, Sá e Servo (2013). Ademais, o estudo feito através do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) conta com uma investigação do financiamento do Sistema Único de Saúde dentre estes períodos supracitados. Tal estudo demonstrou as tentativas de ampliar e estabilizar o financiamento público de saúde entre os anos de 1988 e 2013, passando pela criação da CPMF em 1996 e culminando para a promulgação da EC-29 em 2000. Contudo, de 2000 a 2013, os movimentos vinculados à saúde pressionaram a regulamentação da EC-29 e aumentaram os recursos para a saúde na época.

c) A Revista Ciências e Saúde Coletiva publicou seis dos 15 artigos, todos no biênio 2019-2020.

Houve uma dispersão de autoria, sendo que apenas em um caso o autor esteve presente em dois artigos (ambos publicados em 2020). Erno Harzheim

et al. (2020) totaliza dois artigos publicados no mesmo ano, cujos resultados mostram-se divergentes quando relacionados com a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Os estudos demonstram que nem todos os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde são cumpridos na esfera federal e que as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde não são realizadas conforme o preconizado pela Lei.

Tais fatores são apontados com uma baixa cobertura de cadastro populacional na atenção primária, fazendo com que o financiamento seja feito de maneira inadequada. Ademais, Harzheim *et al.* (2020) observaram também que estes custeios inadequados geram uma escassez em relação ao número de profissionais adequados, bem como uma necessidade de acolhimento dos dados dos pacientes atendidos, refletindo na informatização necessária dentro da esfera primária.

O'dwyer *et al.* (2019) e Rossi *et al.* (2019), com resultados semelhantes, identificaram irregularidades no financiamento público, demonstradas através da contenção de gastos em ambos, deixando a desejar para os pacientes que fazem uso do Sistema Único de Saúde, principalmente da Atenção Básica. Ambos demonstram que a saúde do país pode acabar se beneficiando do sistema privado, implicando em um impacto financeiro e estrutural no país e aumentando a desigualdade, advindas das dívidas do contributo dos anos iniciais de implementação do Sistema.

Já Bevilacqua *et al.* (2020), Funcia (2019), Nascimento (2019), Mendes *et al.* (2018) e Campelli e Calvo, (2007), trataram das discrepâncias do financiamento do Sistema Único de Saúde e, principalmente, das falhas dos repasses e da diminuição dos investimentos dos recursos governamentais ao longo dos anos. Aponta que a EC-29 afronta as diretrizes principais das Leis Orgânicas de Saúde, principalmente a Lei nº 8.080. Tais autores demonstram que as dívidas do SUS, que se arrastam a partir de 2003, fazem com que as propostas preconizadas pelas LOS não corporifiquem os princípios básicos do Sistema Único de Saúde, principalmente quando se trata de integralidade e universalidade.

Há um destaque ao déficit de financiamento em todos estes estudos, tanto de forma insuficiente quanto em uso excessivo e de forma desnecessária por alguns estados e cidades. Demonstraram as irregularidades da Emenda

Constitucional nº 29, salientando uma incompatibilidade com as necessidades apresentadas pela carga do Sistema de Saúde do país e pela demanda apresentada. Tais fatores ainda são demonstrados ao final como geradores principais de dívidas acumuladas no país, de forma a refletir no futuro do financiamento do SUS e nas possíveis mudanças e cortes sugeridos.

Contarato *et al.* (2019), Gurgel Jr *et al.* (2019) e Lima (2020) irão abordar especificamente as prioridades do Sistema de Saúde e sobre quais devem ser as prioridades nas análises financeiras, para que não haja desperdícios e o uso possa ser mais efetivo e resolutivo.

Estes estudos demonstraram que a análise crítica dos pacientes que possuem a APS como porta principal de entrada, identificando as suas comorbidades e necessidades indeclináveis, devem ser considerados as prioridades dos gastos no SUS. Demonstraram também uma relação importante com suas morbidades e características sociodemográficas, devendo ser encarados como desafio de financiamento do sistema e formas de melhor aplicar o projeto de saúde pública do país.

Os estudos de Alves *et al.* (2019), Moreira (2018) e Paiva e Teixeira (2014) trataram das estratégias de gestão em saúde no país. Estes apontaram a importância da análise de custo-efetividade do país em todos os seus períodos na história de economia política, demonstrando assim que a maioria dos recursos direcionados para os municípios ao financiamento da saúde pública são repassados de forma inferior ao que lhe é necessário.

Quadro 1 – Autores, data e periódico publicado, objetivos e resultados dos estudos componentes do texto (n=15)

Autor	Objetivo	Resultados
Alves <i>et al.</i> , 2019	Mapear a produção da economia da saúde no Brasil e seus principais temas, destacando a relevância da economia política, com o intuito de refletir sobre a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde.	A preponderância da produção em 'gestão em saúde' e 'análise de custo-efetividade' sugere que os pesquisadores da economia da saúde estão majoritariamente alinhados ao pensamento neoclássico. A produção pelos paradigmas da 'economia política' é rarefeita.
Bevilacqua <i>et al.</i> , 2020	Analisar a constitucionalidade da EC-95, visando os pisos de aplicação mínimos nas ações de serviço público frente as disposições constitucionais.	A EC-95 afronta as diretrizes constitucionais da integralidade e universalidade, já que agravam o déficit de financiamento e impede financiamento adequado à APS.

Harzheim <i>et al.</i> , 2020	Apresentar um debate sobre a nova política de financiamento da APS no Brasil.	Há um baixo cadastro de brasileiros para a cobertura financeira estimada, além dos incrementos financeiros demonstrados.
Harzheim <i>et al.</i> , 2020	Demonstrar os desafios enfrentados através da reforma na APS, o financiamento insuficiente e a estrutura dos serviços.	Evidenciou-se uma escassez de profissionais qualificados, a necessidade de uma maior informatização da APS e a ausência de integração de dados clínicos, fragilidade e necessidade de ampliação profissional.
Caran Contarato <i>et al.</i> , 2019	Analisar as tendências e os padrões regionais das receitas e despesas de saúde dos brasileiros num período de 10 anos.	A vinculação constitucional da saúde está relacionada a um efeito protetor com os compromissos e prioridades de gastos, bem como aos mecanismos de compensação nas despesas em saúde.
Funcia, 2019	Identificar novas fontes de receitas para a alocação de recursos para o atendimento das necessidades de saúde da população.	Os resultados encontrados foram de uma variação de gastos de mais de 30% dos valores apurados para uso.
Nascimento, 2019	Traçar perspectivas futuras quanto ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a judicialização da saúde.	A EC-95 é incompatível com a necessidade de financiamento do SUS, condição que atinge a garantia constitucional ao efetivo exercício do direito à saúde.
O'dwyer <i>et al.</i> , 2019	Explorar os efeitos da crise financeira nas receitas e despesas na produção de serviços e indicadores de saúde e desempenho no município do Rio de Janeiro.	Os indicadores de saúde e desempenho persistiram, em sua maioria, dentro dos parâmetros anteriores, corroborando a potência assistencial da Atenção Primária, apesar do impacto financeiro e estrutural da austeridade.
Rossi <i>et al.</i> , 2019	Analisar os efeitos da austeridade e crise econômica sobre o financiamento da saúde bucal, oferta e utilização de serviços públicos e acesso a planos exclusivamente odontológicos no Brasil, no período de 2003 a 2018.	A austeridade fiscal tem forte influência sobre a utilização de serviços públicos odontológicos no Brasil, que pode beneficiar o mercado privado e ampliar as desigualdades.
Gurgel Jr <i>et al.</i> , 2019	Apresentar um modelo matricial de nível individual para alocação de recursos em saúde no SUS com base na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013.	Demonstram uma relação direta entre as morbidades dos pacientes e suas características sociodemográficas, sendo assim interações resultantes de níveis bidirecionais.
Lima, 2020	Traçar ao longo de 30 anos uma visão macro dos avanços e das dificuldades do SUS.	Mostrou os caminhos de possibilidades e desafios práticos do projeto de saúde pública do país.
Mendes <i>et al.</i> , 2018	Discutir o financiamento federal da Atenção Básica no SUS, ressaltando a persistência histórica da fragilidade dos repasses no modelo de transferência e na visão limitada do conceito de APS.	Haverá um desfinanciamento da APS em virtude dos prejuízos causados pela EC-95, padecendo a saúde em relação aos direitos e necessidades da população.

Moreira, 2018	Analisar a configuração do financiamento público do SUS à luz dos mecanismos normatizadores da dinâmica de transferência e alocação de recursos entre os entes governamentais.	Mostraram que a maioria dos recursos direcionados para os municípios ao financiamento da saúde pública são próprios, mostrando que o aporte federal ele é repassado de forma inferior.
Paiva; Teixeira, 2014	Discutir como a historiografia criada por autores que também foram atores desse mesmo processo avalia as principais características, o processo de surgimento e o legado da reforma sanitária brasileira.	As narrativas em torno da reforma sanitária não são unívocas e, em alguns casos, são até concorrentes. Em disputa, partem e constroem quadros bastante dispares sobre a reforma da saúde no Brasil, no que tange seja ao seu sentido, seja ao seu legado.
Campelli; Calvo, 2007	Verificar o cumprimento da EC-29 no Brasil no período de 2000 a 2003.	Apresenta como resultado uma dívida acumulada com o Sistema Único de Saúde de R\$ 1,8 bilhão na União e de R\$ 5,29 bilhões nos Estados. O total de Estados que cumpriram a EC-29 foi de 59% em 2000, 33% em 2001, 41% em 2002 e 52% em 2003.

De acordo com o Tribunal de Contas da União (TCU), o financiamento direcionado à Atenção Básica cresceu 70% de 2008 a 2012. Em 2012, a dotação executada foi 31% maior do que no ano anterior, distribuindo 95% do financiamento para o Piso de Atenção Básica - PAB Fixo (33%) e PAB Variável (62%). Nos anos posteriores, continuou havendo um aumento no seu financiamento, de forma autorizada, atingindo 5,2% a mais no ano de 2013. Tais fatores indicam uma priorização do financiamento da estratégia de saúde da família pelo gestor federal. No período de 2008 até 2011, a média de aumento seguiu os anos posteriores, totalizando cerca de 30% até 42%, elevando também os custos per capita de cada estado do país.

Apesar de haver um aumento dos repasses para atenção básica ao longo dos anos e uma necessidade de maior financiamento devido ao aumento da cobertura, ela não é a primeira fonte de busca da população, quando deveria ser a porta de entrada preferencial para o sistema. Há a constatação de que faltam médicos e existem dificuldades com os atendimentos e o encaminhamento dos pacientes para outras unidades de saúde, deixando assim a resolutividade de atendimento baixa (TCU, 2013).

Tendo a atenção primária como a maneira mais eficaz de atingir os objetivos prestados pelo SUS por ser o método preferido de entrada em todo o sistema de saúde e baseando-o em atributos claramente definidos, o acesso

vertical, integral, a coordenação de cuidados, orientação familiar e competência cultural devem estar organizados de acordo com seus atributos. No que concerne à tal, há um melhor acesso aos serviços necessários e há um aumento na qualidade do serviço, conferindo mais atenção à prevenção dos pacientes e reduzindo assim os atendimentos profissionais desnecessários e potencialmente prejudiciais (HARZHEIM *et al.*, 2020).

A Lei nº 8.142/90, Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, a Norma Operacional Básica (NOB) 01/1993, a Emenda Constitucional 29/2000, a Lei nº 8.080/90 (Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011) compõe o arcabouço básico da pesquisa e inicialmente demonstra como os repasses financeiros deveriam acontecer no país. No entanto, em Funcia (2019) pode-se identificar uma divergência de transferências quando comparadas com as leis supracitadas. Na Lei nº 8.080/90, é preconizado que o financiamento seja previsto anteriormente na proposta orçamentária, vedando recursos e ações que não estão previstas nos planos de saúde, excetuando-se emergências e situações de calamidade pública na área da saúde. Para Funcia (2019), há uma queda na participação federal nos repasses financeiros e um aumento da representatividade dos estados e municípios no financiamento, demonstrando assim uma soma de recursos adicionais ao sistema, totalizando uma discrepância de mais de 190 bilhões de reais.

A portaria nº 545 de 20 de maio de 1993 estabelece que as normas e os procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde tenham como base a NOB 01/93. Com isso, considerando que a construção do SUS é um processo de responsabilidade do poder público, a portaria é orientada pelas diretrizes da descentralização político-administrativa dos serviços e ações de saúde e cita que tal fato deve estar submetida ao controle da sociedade. Em paralelo, Nascimento (2019) cita que a organização do SUS representa a conquista do direito à saúde pela sociedade brasileira e a vitória dos movimentos sociais da área da saúde. No entanto, com o movimento da reforma sanitária, dá-se o aumento brusco de pacientes acessando o SUS e há uma sobrecarga no sistema (NASCIMENTO, 2019).

Ainda na Portaria nº 545, as responsabilidades do financiamento das ações de saúde devem ser compartilhadas entre as três esferas de governo,

assegurando regularmente, o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde. No entanto, apesar de Lima (2020) concordar, e demonstrar que os municípios e o Distrito Federal devem aplicar pelo menos 15% da arrecadação tributária nas operações e serviços públicos de saúde a cada ano, o estado responde por apenas 12%. Ademais, o governo federal deve utilizar o valor correspondente ao prometido no exercício anterior acrescentando o percentual referente à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do exercício antecessor conforme a Lei Orçamentaria Anual, evidenciando um menor aporte.

A Atenção Primária vem sendo há muito operacionalizada, limitando-se apenas a um caráter assistencialista e residual que não tem efetividade por toda a sua amplitude, deixando em falta a maioria das atividades preconizadas para uma APS conforme proposto nos documentos iniciais de implementação. Com isso, ao considerarmos que o SUS possui seu embasamento na Atenção Primária, este deve-se deter um financiamento que condiz com a expressão conceitual de ampliação ao longo dos anos (MENDES *et al.*, 2018).

Sob análise, a maioria dos recursos provem do Orçamento Geral da União (OGU) e do Orçamento da Segurança Social (OSS), conforme artigo 195, pregando que a seguridade social é financiada pela própria sociedade, direta e indiretamente, de forma legal mediante aos recursos provenientes dos orçamentos da União, do Estado, do Município e do Distrito Federal (BRASIL, 1988). No entanto, há a regulamentação sobre o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS, estabelecendo que os mecanismos de financiamento das ações de saúde sejam voltados para investimentos nos setores de assistência hospitalar e ambulatorial, excluindo-se a APS (NOB – SUS 01/93, 1993).

Em Bevilacqua *et al.* (2020), demonstrou-se que apesar do déficit de financiamento da APS, as propostas seguiram reiteradamente a divisão regional, o sistema hierárquico tripartite supracitado, a descentralização com direção única em cada esfera de governo, o cuidado integral priorizando as atividades de prevenção e a gestão democrática do controle social. Tal fator se afirma quando analisada a NOB 01/93, onde os aspectos operacionais do processo de descentralização no âmbito estadual são os objetivos da regulamentação através da comissão bipartite. Apesar das divergências, as

diferenças entre as esferas federal e político-administrativas propiciam boas condições de gestão do SUS pelos estados e municípios.

Ainda em Bevilacqua *et al.* (2020), evidenciou a presença de um confronto entre a Emenda Constitucional nº 29 e a Emenda Constitucional nº 96, onde a última contraria a promulgação da primeira, gerando crises nos princípios do SUS e agravando ainda mais os déficits financeiros da Atenção Básica, que há muito vinha tentando ser resolvida. Pesquisas técnicas destacam falhas e ineficiências no SUS, principalmente no que se trata de campo profissional e hospitalar. Além de todos os dados públicos, é compreensível uma mudança relacionada a taxa de eficácia das receitas de saúde e educação, sendo então a única medida de alteração da constituição.

Os estudos de Harzheim *et al.* (2020) evidenciaram a baixa cobertura da Atenção Primária a Saúde e a falta de profissionais para atender as demandas que nos últimos tempos vem crescendo, analisando ambos individualmente. Os princípios orientadores desta visão são o livre-arbítrio, a subsidiariedade, a autonomia da gestão municipal, uma menor regulação e planificação central, a diminuição de barreiras normativas, a valorização da criatividade e do empreendedorismo, a ênfase no aumento da produção de serviços e foco total nos resultados e na qualidade do serviço prestado.

No Brasil, a falta de competência de profissionais especialmente treinados no trabalho médico primário não é o único desafio. Se o método de treinamento não for restringido pelos atributos da APS e não houver um processo rigoroso de monitoramento e avaliação, o problema torna-se muito grave apenas quando são adotadas estratégias de emergência ou quando a qualidade clínica é extremamente provável de diminuir. Em nosso país, a carência de médicos atuando na APS é muito marcante (HARZHEIM *et al.*, 2020).

Ainda, Harzheim *et al.* (2020) demonstraram um embasamento em capitação ponderada; pagamento por desempenho; incentivo para ações estratégicas. A capitação é ponderada por vulnerabilidade socioeconômica, aspectos demográficos e ajuste municipal, o pagamento por desempenho composto por um conjunto total de 21 indicadores e incentivos a ações estratégicas foi possível a partir da manutenção de alguns programas específicos. Os resultados das simulações apontaram para um baixo cadastro

(90 milhões de brasileiros) para a cobertura estimada atual (148.674.300 milhões de brasileiros). Além disso, demonstraram um incremento imediato de recursos financeiros para 4.200 municípios brasileiros.

Em contraponto, a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 preconiza que o SUS pode se organizar de forma a integrar e articular seus recursos, técnicas e práticas a fim de cobrir totalmente as ações de saúde, incluindo a atenção primária. Bem como na Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que preconiza a cobertura das ações e dos serviços de saúde que são implementados nos municípios, estados e Distrito Federal, onde todos os recursos se darão à cobertura assistencial, ambulatorial e hospitalar.

A Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, desde sua promulgação pregou a necessidade de treinamento dos profissionais, colocando-os em serviços com supervisão e regulamentados pela Comissão Nacional, instituída de acordo com o artigo 12 desta lei, garantindo assim a participação das entidades profissionais correspondentes a cada área.

A portaria nº 3.992, de 20 de setembro de 2017, mostra que os saldos financeiros das contas correntes vinculadas aos recursos federais que são transferidos e organizados sob forma de Blocos de Financiamento da Atenção Básica devendo observar a finalidade definida em cada programa de trabalho da OGU que dá origem aos repasses e cumprir a vinculação dos recursos que regulamentam os repasses.

A portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 converge com os estudos de Harzheim *et al.* (2020), onde as mudanças propostas pela Lei irão se diferir do modelo anterior de PAB fixo, que se tratava da única transferência incondicional que não requeria de atualizações frequentes, baseando-se na população municipal. Além do exposto, o novo custeio reduz o componente de pagamento de incentivos que são transferidos da existência de serviços para programas específicos, sendo verificados por meio do sistema de informação. A proposta presente visa promover a equipe cadastrada assumindo assim maior responsabilidade pela população e pelos pacientes, melhorando a qualidade do atendimento.

A CRFB-88 é considerada a base dos direitos humanos individuais, portanto, é a única concessão dos direitos civis e sociais, pois garante a saúde de todos os brasileiros como um direito de forma integral e justa. Le-

vando em conta a democratização do Brasil, a constituição é representante da cidadania, garantindo o direito básico de que os cidadãos possam obter os produtos e os serviços de saúde que precisam (NASCIMENTO, 2019). Assim regulamenta-se da mesma forma a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, em todo o território nacional, que as ações e os serviços de saúde, executados de forma conjunta ou isoladamente, em caráter permanente ou eventual, sejam direcionadas a todas as pessoas, naturais ou jurídicas e de direito público ou privado.

Apesar da grande relevância em garantir bons recursos para a Atenção Básica, se os critérios de divisão equitativa não forem modificados sob a análise do financiamento integral, não apenas baseando-se em incentivos financeiros fragmentados e de concepção restrita, padecer-se-á em problemas implicando diretamente na base da saúde, visando todas as necessidades da população (MENDES *et al.*, 2018).

O contexto de crise econômica de 1980 serviu de introito para o debate político de saúde que prezou pela equidade, integralidade e universalidade da atenção à saúde, enquanto os anos 1990 foram marcados por tensões até a concretização das diretrizes do SUS. O país estava em um período de hiperinflação e restrições da grande economia, sendo firmado pelo estado mínimo e ditado pelo neoliberalismo que marcava a restrição da ação do Estado na regulação da vida social, adotando políticas de abertura da economia e passando por ajustes estruturais com o intuito de valorizar a moeda, privatizar estatais e reformar o aparelho do Estado (PIOLA *et al.*, 2013; PAIVA, 2014). Tais fatores foram determinantes para a implantação do Sistema Único de Saúde, determinado para facilitar a sua organização, sistematizando-o em tópicos com características normativas (MOREIRA, 2018).

Dado o exposto, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, propõe implementar a transferência de estados para municípios a fim de financiar as ações e os serviços públicos de saúde que serão realizadas diretamente com os Fundos Municipais de Saúde e o TCU, informando-se sempre o montante de recursos previstos com base no Plano Estadual de Saúde. Com isso, vê-se a tentativa de não repetição dos momentos de hiperinflação e valorização da moeda (ALVES *et al.*, 2019). Ainda assim, a maior parte deste financiamento é de responsabilidade tripartite desde o início da década-

da de 1990, sendo sempre integrado aos recursos federais da OSS e OGU. A destarte, mostra que esta sobrecarga implica no aumento do número de processos judiciais abertos voltados para o Sistema Único de Saúde, como uma exigência de acesso aos tratamentos mais caros não disponibilizados, bem como alguns medicamentos. (NASCIMENTO, 2019).

Ligado ao sentido mais ampliado da APS, implementado nos documentos originais, o conceito de cuidados primários em saúde operacionalizara uma atenção básica mais combativa e com determinações sociais, devendo perseguir um financiamento mais condizente com sua máxima expansão (MENDES *et al.*, 2018).

Ainda que a Constituição Federal de 1988 estipule os direitos de cidadania, incluindo o direito ao acesso universal às ações e serviços de saúde, o artigo 194 dispõe que não só a saúde, mas como a previdência e a assistência social à população trabalhe em conjunto e passem a fazer parte do campo de proteção social estipulado pela CRFB-88 (BRASIL, 1988).

Desse modo, a partir da promulgação, combina-se direitos individuais e direitos coletivos estabelecendo um status de cidadania meramente elevado aos brasileiros e para redarguir a proposta, os orçamentos dispostos são usados para ações sociais, sendo financiado com base nos impostos, doações sociais e outros recursos (NASCIMENTO, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revisou a produção científica contida na Biblioteca Virtual de Saúde no que tange o financiamento da Atenção Básica em Saúde no SUS, de 1988 a 2020. Foram considerados apenas os textos que abordaram o financiamento do sistema de serviços de saúde, não incluindo sua aplicação em outros âmbitos administrativos, como equipes de saúde ou alocação de recursos nos municípios.

Há uma lacuna de publicações referente aos primeiros 25 anos de implementação do SUS (1988-2013) e onze artigos encontrados foram publicados nos dois últimos anos (2019-2020), demonstrando dispersões e convergências com as leis que regem o sistema, sendo quatro e dois deles, respectivamente. Os demais estudos analisaram as estratégias de gestão do governo federal e suas prioridades embasados nos estatutos.

Cinco dos artigos publicados citaram as algumas legislações e emendas, as quais foram consideradas a sua base. Os demais artigos foram fundamentados em um arcabouço jurídico mais generalizado, não demonstrando especificidade para nenhuma lei ou portaria além das básicas componentes do Sistema Único de Saúde.

As análises dos repasses financeiros, em sete artigos, mostraram divergente com as legislações e portarias que preconizam a pecúnia, demonstrando falhas e diminuições nos investimentos ao longo dos anos, bem como as normas de fiscalização, avaliação e controle dos mesmos, que não são realizados conforme recomendações.

REFERÊNCIAS

ALVES, Daniel Figueiredo de Almeida *et al.* Dimensionamento da 'economia política' na 'economia da saúde': para refletir sobre o conceito de sustentabilidade. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 145-160, 2019.

BEVILACQUA, Lucas *et al.* Novo regime fiscal frente à garantia constitucional de financiamento adequado das políticas públicas de saúde. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v.9, n.2, p.74-98, 2020.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm.

BRASIL. Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1994/decreto-1232-30-agosto-1994-449622-publicacaooriginal-1-pe.html>.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.

BRASIL. Financiamento público de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p. (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1).

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as

normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 19 set. 1990. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/30/Lei-8080.pdf>.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 28 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

BRASIL. Norma nº 2.203, de 6 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS., 6 nov. 1996. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm#10>.

BRASIL. Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html#:~:text=Estabelece%20normas%20e%20procedimentos%20reguladores,B%C3%A1sica%20%2D%20SUS%2001%2F93.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 1, de 2 de junho de 2021. Consolidação das normas sobre Atenção Primária a Saúde. DOU, 8 jun. 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-de-consolidacao-n-1-de-2-de-junho-de-2021-324136445>.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.221, de 15 de junho de 2021. Dispõe sobre os municípios que farão jus, no segundo quadrimestre do ano de 2021, ao incentivo financeiro de fator de correção no âmbito do Programa Previne Brasil, de que trata a Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.221-de-15-de-junho-de-2021-326197904>.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. DOU, 13 nov. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.

BRASIL. Portaria nº 3.992, de 20 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde, DDOU 28 set. 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M. O cumprimento da Emenda Constitucional no. 29 no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1613-1623, jul. 2007.

CARAN CONTARATO, Priscilla *et al.* Crise e federalismo: tendências e padrões regionais das receitas e despesas em saúde dos estados brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4415-4426, 2019

FUNCIA, Francisco Rózsa. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 12, p. 4405-4414, 2019.

GURGEL Jr., Garibaldi Dantas *et al.* Alocação de recursos para a equidade na saúde brasileira: um modelo metodológico. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 329-34, 2019.

HARZHEIM, E., *et al.* Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, v. 15, n. 42, p. 2354, 2020a.

HARZHEIM, Erno *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020b.

LIMA, Alessandra. Regulação e Financiamento do SUS. Brasília, 2020. p. 1-15. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1141379/finaciamento-do-sus-e-regulacao.pdf>

MENDES, Áquilas *et al.* Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, número especial 1, p. 224-243, 2018.

MOREIRA, Laura MC. Marchas e contramarchas no financiamento público da saúde: reflexões a partir do arranjo normativo brasileiro. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais, [S. l.], 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-B8JE8T>.

NASCIMENTO, Jorge Mathias do. O direito à saúde no Brasil exercido através da judicialização da saúde: do subfinanciamento crônico ao desfinanciamento progressivo. 2019. 296 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O'DWYER, Gisele *et al.* A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 12, p. 4555-4567, 2019.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 21, n. 1, p. 15–35, mar. 2014.

PIOLA SF, Paiva AB, Sá EB, Servo LMS. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Ipea; 2013. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/03/financiamento-publico-da-saude-uma-historia-a-procura-de-rumo.pdf>

ROSSI, Thais Regis Aranha *et al.* Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4427-4436, 2019.