

Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017

Analysis of the financing of the National Policy for Primary Care from 1996 to 2017

Análisis del financiamiento de la Política Nacional para la Atención Primaria de 1996 a 2017

Resumo

O artigo utiliza o referencial da análise de política para estudar as principais ações da Política Nacional para a Atenção Básica, tomando como elemento de análise a expressão das mesmas no orçamento federal de 1996 até 2017. Este estudo descritivo-analítico fez uso da análise documental de relatórios, sistemas de informação, sites e normativas relacionadas com o orçamento federal e que disciplinaram cada uma das ações estudadas. O estudo descreveu o desenho, as mudanças essenciais e a evolução da alocação dos recursos relacionando-os com os objetivos e prioridades da política. Identificou que os modos de repassar os recursos é parte central da estratégia dessa política ao mesmo tempo que reproduz o modelo centralizado do federalismo brasileiro e entra em contradição com o princípio descentralização do Sistema Único de Saúde. Ao fim, se discute os achados mais importantes e reflete sobre as perspectivas ante o cenário atual.

Hêider Aurélio Pinto

Médico sanitário, mestre em saúde coletiva e doutorando em políticas públicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

E-mail: heiderpinto.saude@gmail.com

Palavras-chave: Atenção primária em saúde; Financiamento da assistência à saúde; Estratégia de Saúde da Família; Sistema Único de Saúde; Política Nacional de Atenção Básica.

Abstract

The article uses the policy analysis to study the main actions of the National Primary Care Policy, taking as an element of analysis the expression of the same in the federal budget from 1996 to 2017. This descriptive-analytical study made use of documentary analysis of reports, information systems, websites and regulations related to the federal budget and which disciplined each of the actions studied. The study described the design, key changes, and evolution of resource allocation relating them to policy objectives and priorities. Identified that ways of passing on resources is central to the policy's strategy while replicating the centralized model of Brazilian federalism and contradicts the principle of decentralization of the Unified Health System. Finally, we discuss the most important findings and reflect on the perspectives before the current scenario.

Introdução e Metodologia

Os discursos de dirigentes do Ministério da Saúde (MS) buscam afirmar que Atenção Básica (AB) é prioridade desde, pelo menos, a segunda

Keywords: Primary health care; Health care financing; Family health strategy; Health Unic System; National policy of basic attention.

Resumem

El artículo utiliza el referencial del análisis de política para estudiar las principales acciones de la Política Nacional de Atención Básica, tomando como elemento de análisis la expresión de las mismas en el presupuesto federal de 1996 hasta 2017. Este estudio descriptivo-analítico hizo uso del análisis documental de informes, sistemas de información, sitios web y normativas relacionadas con el presupuesto federal y que disciplinaron cada una de las acciones estudiada. Identificó que las formas de transferencia de recursos es una parte central de la estrategia de esta política mientras se reproduce el modelo centralizado del federalismo brasileño y em contradicção con los principios de descentralización del Sistema Único de Salud. Discutió los hallazgos más importantes y se refleja sobre las perspectivas.

Palabras clave: Atención Primaria en Salud; Financiación de la asistencia sanitaria; Estrategia de Salud de la Familia; Sistema único de Salud; Política Nacional de Atención Básica.

metade dos anos de 1990. É frequente a repetição de lugares comuns de fala como “prevenir é melhor que remediar” em discursos

oficiais. A atenção básica, nessa condição de prioridade da política e campo de trabalho em expansão, foi aspecto priorizado também para as políticas de formação de profissionais de saúde, como estratégia de mudança de modelo de atenção para o país como um todo. Contudo, a mera constatação da proporção do orçamento federal destinada à AB nesse período revela incoerências entre o discurso e a prática.

Com efeito, na análise de uma política pública, é central estudar a alocação dos recursos do fundo público em seu processo de implementação como modo de compreender o que, de fato, coincidindo ou não com o discurso oficial, entrou na agenda de governo e se apresentou como seu projeto e, no caso da saúde, modelo assistencial prioritário.¹ Neste trabalho, analisamos a destinação do orçamento público para a AB como analisador da política nacional para a AB, reconhecendo a limitação de não levar em conta fatores mais gerais como a situação, no mesmo período, do orçamento global da União e as particularidades do momento fiscal e econômico do país.

Nosso objeto excede os objetivos e programas previstos nas normatizações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB),² uma vez que inclui outras ações - muito relevantes, que envolvem grandes montantes de recursos e

com impacto na AB – como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ),³ o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica-UBS)⁴ e o Programa Mais Médicos (PMM).⁵ Por isso estamos usando o termo política nacional para a AB em vez de PNAB.

Para que a análise do orçamento seja capaz de “revelar” a política, é necessário identificar seus principais programas, compreender seus objetivos, arcabouço normativo e modo como está representado no orçamento. Deve-se estar atento a elementos de continuidade e inovação, na combinação de ações antigas e novas,⁶ sendo insuficiente, portanto, seguir os programas pelos nomes que ganham na comunicação publicitária, no planejamento oficial ou nas peças orçamentárias.⁷ Com esse objetivo, propusemos o conceito de “componentes”⁷ do orçamento para identificar subconjuntos de recursos na política que obedecessem simultaneamente a alguns critérios distintivos: o papel que cumpre no contexto da política em análise e as regras que definem quem é o beneficiário, as pré-condições que lhe permite receber ou acessar o recurso, a definição da quantidade de recurso, a origem orçamentária do mesmo e a orientação normativa de sua utilização.

Esse estudo é parte de uma investigação mais

ampla sobre a política nacional para AB⁷⁻⁹ que segue em curso e que utiliza o referencial teórico de análise de política, entendida como campo de conhecimentos multidisciplinar ocupado em analisar ou tentar resolver problemas concretos em política pública englobando, dentre outras coisas, o exame das causas e consequências da ação governamental e a análise dos problemas com os quais se defrontam os formuladores de política.^{6,10,11}

Como método, além da revisão de literatura, utilizamos também a análise documental¹² de normativas e textos oficiais publicadas ao longo de todo o período estudado com o objetivo de “modelizar”¹¹ as principais ações da política identificando os elementos do “componente” descritos acima. Na análise orçamentária destacamos os componentes que representassem mais de 2% do orçamento global da AB e combinamos métodos como consultas a sistemas, bases de dados e relatórios orçamentários do MS (Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde, página virtual do Fundo Nacional de Saúde, etc.), relatórios de gestão, Leis Orçamentárias e portarias de definição de recursos para a AB do período estudado. Completamos esta sistematização com dados e esclarecimentos adicionais solicitados ao MS.

É importante ressaltar que a condição de

termos sido gestor nacional da política de AB por um período e sermos membro da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde nos dá mais facilidade de compreender meandros e elementos internos e administrativos do orçamento da AB, que não estão expressos em portarias e que operam por dentro e entre as funcionais orçamentárias, e para o acesso aos dados públicos necessários para fazer as análises aqui realizadas.

A periodização foi realizada por quadriênios para controlar flutuações e coincidir com os mandatos do executivo nacional, permitindo a análise do grau de prioridade e das mudanças realizadas por cada governo. Contudo, do primeiro quadriênio foi tomado apenas o ano de 2002 e não trabalhamos com 1998 por ter sido o ano de início da implementação dos repasses analisados. Também não foi possível considerar o quadriênio de 2015 a 2018 pelo último ano do período estar em seu início no momento de escrita do artigo. Então, tomamos o ano de 2017 como referência.

Os valores apresentados foram corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), de dezembro a dezembro, convertendo-os a preços de dezembro de 2017 (valor mais próximo à atualidade) pela Calculadora do Cidadão do Banco Central. Os dados relacionados à cobertura e números de equipes

de AB implantadas foram consultados diretamente no Portal do MS.

A estruturação do financiamento da AB de 1996 a 2014

O financiamento da AB, como repasse fundo a fundo da União aos municípios, começou a ser normatizado pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-96)¹³ e, após uma série de outras normativas, em 1998, ganhou um formato composto pelo Piso de Atenção Básica Fixo (PAB-F) e PAB Variável (PAB-V) que se mantiveram sem alterações até 2011.

O PAB-F previa um valor *per capita* calculado com base no repasse de então do MS para o financiamento de procedimentos de AB realizados pelos municípios. Ao passar a ser proporcional à população essa mudança fez com que a distribuição desse recurso específico fosse menos iníqua, uma vez que o modelo anterior se dava em função da capacidade instalada. Assim, municípios com menor oferta de serviços passaram a receber mais recursos.

A transição entre os dois modelos de financiamento foi politicamente viabilizada acrescentando recursos para que se pudesse repassar mais a quem recebia menos na regra anterior e congelar os valores recebidos no *per capita* do PAB-F daqueles que perderiam

recursos com a nova regra. Assim se evitou a existência de prejudicados com a mudança. Chamaremos de “Comp.*PerCapita*” esse primeiro componente criado que era acessível a todos os municípios, com recursos de custeio repassados regularmente fundo a fundo e com base em um valor *per capita*.

O segundo componente está relacionado à implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família e será chamado de “Comp.ESF”. Previa repasse regular fundo a fundo de recursos de custeio, pagos em função do número de equipes implantadas dos programas citados, de modo que o município só fazia jus a ele se aderisse ao programa e ficasse condicionado às suas regras.

Portanto, com o Comp.*PerCapita* os municípios com poucos serviços passaram a receber mais recursos e, como só podiam usá-los na AB e não podiam substituir fonte (pagar com recursos do MS o que pagavam com seus recursos próprios),¹⁴ foram estimulados a expandir serviços. Com o Comp.ESF foram induzidos a organizar esses serviços conforme o modelo proposto pela estratégia de saúde da família (ESF).

O terceiro componente, que chamaremos de “Comp.Estrutura”, foi criado em 2007 com a Portaria que instituiu os Blocos de

Financiamento do SUS¹⁵ e, dentre eles, o de “Investimentos”, composto por recursos de capital, dirigidos à construção de novas Unidades Básicas de Saúde (UBS), repassados fundo a fundo, em etapas autorizadas conforme o planejamento e execução da obra. O município precisava apresentar proposta para solicitar o financiamento, existiam critérios para priorizar os beneficiados e os valores eram recebidos em função das obras solicitadas. O MS já havia repassado recursos para obras, mas a modalidade não era fundo a fundo (predominavam convênios) e o montante até então não alcançava 2% dos recursos federais para a AB.

A partir de 2011, ano de reformulação da política de AB e de publicação da PNAB-2011,² ocorreram mudanças relevantes no financiamento. Os *Comp.PerCapita* e *Comp.ESF* foram modificados. O *Comp.Estrutura* foi significativamente ampliado com a criação do Requalifica-UBS que previu repasse fundo a fundo para: recursos de capital para a construções de UBS repassados no Bloco de Investimento;¹⁵ recurso de custeio, repassados no PAB-F, para a reformas e ampliações de UBS e para informatização da AB com a implantação do Telessaúde e eSUS.

Foi implantado o PMAQ, criando o que denominamos de “*Comp.Qualidade*”,³ que

previu repasses regulares de recursos de custeio fundo a fundo, de acesso universal aos municípios contanto que aderissem ao programa assumindo compromissos de qualificação da AB – o valor repassado variava em função de um processo de avaliação e certificação realizado em várias etapas e que incluía visita *in loco* em cada serviço participante.⁸

Em 2013 foi implantado o PMM,⁵ criando o componente que chamaremos de “*Comp.Provimento*”. Que ao invés de transferir recursos, provia o município com médicos com bolsas assumidas diretamente pelo MS. Com isso, o município deixava de gastar com a remuneração desse profissional, que é aquele que tem custo mais elevado dentre os que integram a ESF – em especial naqueles municípios com maior dificuldade de atração e que praticavam remunerações mais elevadas (sobre a qual ainda incidiam os custos de contratação).⁹

Evolução dos componentes de financiamento da política nacional para a ab

O *Comp.Per Capita*

Embora criado em 1996, o repasse do PAB-F só começou em 1998. A maioria dos municípios passou a receber um *per capita* de R\$ 10,00 habitante/ano. Para que seja mais fácil

comparar os valores, doravante utilizaremos a inflação medida pelo IPCA e corrigiremos todos os valores para dezembro de 2017. Eventualmente, alguns valores podem se mostrar maiores que os repassados atualmente e, neste caso, isso significará que os valores atuais perderam valor real comparados aos respectivos valores dos anos assinalados. Com efeito, o valor de *per capita* de 1998 em dezembro de 2017 seria de R\$ 33,83 hab/ano e o maior valor *per capita* de 2018 é de R\$ 28,00 hab/ano.

Não houve mudanças no Comp.*PerCapita* até o ano de 2011 quando foi criado um fator de equidade que instituiu um valor *per capita* diferente para cada grupo de municípios (um total de 4) definidos em função de indicadores como Produto Interno Bruto *per capita*, população, densidade demográfica, percentuais de população em extrema pobreza, beneficiários do Bolsa Família e sem planos de saúde.¹⁶ Quanto piores os indicadores, maior o valor. No grupo com os menores municípios e piores indicadores ficaram 70% dos municípios do país, nos dois grupos subsequentes, respectivamente, 20% e 7%, e no grupo com os maiores e mais ricos, os 3% restantes.¹⁶

A análise da evolução do recurso transferido no Comp.*PerCapita* nos mostra que o valor não foi reajustado no quadriênio 1999-2002 apesar da

inflação acumulada ter atingido 40,3%. De 2003 a 2014 o valor teve aumento acima da inflação, mas insuficiente para recuperar, para todos os municípios, o valor real definido em 1998. Somente no quadriênio de 2011-2014, que promoveu o maior aumento real *per capita* série (7,3%) e fez o valor nacional equivaler a R\$ 30,14 hab/ano, conseguiu corrigir a desvalorização para 70% dos municípios do país, aqueles menores e mais pobres cujo valor *per capita* chegou R\$ 34,17 hab/ano. Esse grupo teve nesse quadriênio o dobro do aumento proporcionado ao grupo dos 3% de municípios mais ricos. Contudo, em 2017, contrariando a série desde 2003, esse valor acumula nova desvalorização de 22% eliminando a conquista do quadriênio anterior.

Os três componentes que o constituem o PAB-V

O Comp.ESF foi o principal fator de indução dos municípios brasileiros a adotarem a ESF como modelo de organização da AB.¹⁷ Como os recursos do Comp.*PerCapita* não eram suficientes para custear os gastos municipais com a AB, ainda mais com a importante desvalorização em seu primeiro quadriênio de existência, por convicção ou necessidade, houve progressiva adesão dos municípios à ESF. Se ao fim de 1998, só 1.134 municípios tinham equipes de saúde da família (eSF), em 2014, esse número era de 5.463, 98% dos municípios do país.

Ao longo do tempo o Comp.ESF foi ampliando o escopo de equipes financiadas. Assim, em 1998, custeava a implantação e funcionamento das eSF e dos ACS. A partir de 2001, passou a custear também as equipes de saúde bucal (eSB). Em 2007, agregou a este financiamento os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em 2010, as Equipes Ribeirinhas e UBS Fluviais. E em 2011 houve uma diversificação ainda maior acompanhando o processo de reformulação da PNAB-2011. Foi ampliado o escopo da AB e elevado seu grau de “multiprofissionalização”: até 2011, menos de 20% dos municípios poderiam ter NASF, depois, todos passaram a poder implantar e o número de NASF praticamente triplicou no país. Houve ampliação da variedade de modalidades de equipes para diferentes regiões e grupos populacionais (mais modelagens de equipes ribeirinhas e de eSF, indução dos Consultórios na Rua pela PNAB-2011, etc.).

O Comp.ESF aumentou muito acima da inflação e foi o principal vetor de crescimento do financiamento da AB no período estudado. Esse crescimento se deveu a três fatores principais apresentados em ordem de importância. O primeiro foi a expansão da cobertura da ESF: de 6,6% da população em 1998 para 63% em 2014. Ou seja, mantido o valor real repassado por equipe, a cobertura de

2014 exigiria um recurso quase 10 vezes maior.

O segundo foi o aumento do valor unitário repassado por cada eSF e ACS. O valor médio repassado por eSF em 2014 (R\$ 10.152,00) era 40% maior que aquele de 1998 (R\$ 7.263,00) e o repassado por ACS em 2014 (R\$ 1.237,00) era 151% maior que o de 1998 (R\$ 492,00). Contudo, é importante levar em conta que o aumento do salário mínimo (especialmente entre 2005 e 2016), da remuneração dos profissionais de saúde e da inflação específica do setor saúde foram superiores à inflação, o que fez os custos do gestor municipal também subirem acima da inflação.

O terceiro foi a referida diversificação das equipes custeadas pelo Comp.ESF. Consideremos dois exemplos comparando o número de equipes dos últimos anos dos quadriênios nos quais as mesmas foram criadas com o ano de 2014: em 2002, havia 4.791 eSB e uma proporção de 2,9eSB por 10eSF, em 2014, 24.623 eSB e 6,3eSB por 10eSF. Em 2010 havia 1.317 NASF e uma proporção de 4NASF por 100eSF, em 2014, 3.898 NASF e 10NASF por 100eSF.

A criação do PMAQ em 2011 esteve relacionada com um conjunto de fatores: ampliação do financiamento federal para a AB; utilização de lógicas de contratualização,

avaliação e financiamento baseado em resultados na formulação de políticas; e diagnóstico de que os serviços de AB precisavam avançar na implantação concreta das diretrizes apontadas pela PNAB-2011 relacionadas aos modelos de atenção e gestão, funcionamento dos serviços, perfil dos profissionais, gestão do trabalho e da educação, infraestrutura etc.⁷

Diferente do Comp.ESF, o Comp.Qualidade não financiava uma modelagem de equipe *a priori*, estimulando assim que diferentes modelagens aderissem ao programa para implantarem suas diretrizes e, de acordo com os resultados avaliados, recebessem o valor correspondente.⁸ Pela primeira vez equipes não eSF puderam ter recursos específicos, contando que conseguissem mostrar um modelo compatível com o defendido na PNAB-2011 e um desempenho comparável aos das eSF – o que amenizou parte da crítica de que o financiamento federal discriminava *a priori* os municípios que optavam por avançar na AB com outras modelagens. Em 2014, 90% das equipes de AB de 5.070 municípios já haviam aderido ao PMAQ, cujo componente equivaleria a aproximadamente 2 bilhões de reais, 14% de todo o PAB-V de então.

O quinto componente, relacionado ao PMM (Comp.Provimento), buscou enfrentar o

principal fator responsável pela estagnação da cobertura da ESF constatada a partir de 2008:⁹ a disponibilidade de médicos para compor as eSF. Mesmo o significativo aumento dos recursos para a AB a partir de 2011, descrito à frente, não havia conseguido retomar a expansão da cobertura que, após a implantação do PMM em 2013, aumentou em dois anos mais que nos cinco anos anteriores.⁹ Em dezembro de 2014 havia 14,6 mil médicos do PMM em mais de 3,5 mil municípios e os recursos do Comp.Provimento chegaram ao que equivaleria a aproximadamente 2,8 bilhões de reais, 21% do PAB-V de então.

Com relação ao incremento quantitativo do PAB-V, a Tabela 1 apresenta uma visão panorâmica ao considerar, para cada período a partir de 2002: os valores globais corrigidos; os valores *per capita*, para que se possa “controlar” o aumento da população; os valores pelo número de pessoas cobertas, para que se possa “controlar” a expansão da cobertura e considerar o recurso destinado a cada cidadão beneficiado; e o percentual de população coberta por equipes de saúde da família.

A síntese do quadro é que pode ser percebido um significativo e continuado aumento real dos valores do PAB-V em todos os quadriênios ao longo da série, mesmo considerando o crescimento da população e a expansão da

cobertura, com exceção do período recente. Neste há uma aparente estagnação, mas que esconde em verdade um retrocesso. Dos três componentes do PAB-V dois perderam valor real: o Comp.ESF e o Comp.Qualidade. Somente o Comp.Provimento teve expansão até 2016 porque o número de médicos do PMM que era de 14,6 mil em 2014 passou ao longo de 2015 para 18,2 mil com efeitos ainda na execução orçamentária de 2016. A partir de então o este componente também parou de expandir e estagnou.

O Componente de Estrutura (Comp.Estrutura)

Embora a criação do Comp.Estrutura tenha se dado com a Portaria que criou o Bloco de Investimentos¹⁵ em 2007, sua consolidação aconteceu somente com a inclusão, em 2010, da construção de UBS no elenco de obras financiadas pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e com a criação em 2011 do Requalifica-UBS,⁴ cujo objetivo declarado era melhorar as condições de trabalho dos profissionais e qualificar o atendimento à população construindo novas UBS, recuperando e ampliando as existentes e investindo na informatização da AB⁷. Com o Requalifica-UBS as obras passaram a ser solicitadas em um sistema informatizado que seguia regras de priorização, parâmetros e valores regulamentados.

Somente em 2010, com o PAC, o Comp.Estrutura ultrapassou 2% do orçamento da AB (aproximadamente 300 milhões de reais), se somarmos os recursos repassados fundo a fundo (82 milhões) e aqueles repassados na modalidade de convênio. Esses valores foram ampliados significativamente com o lançamento do Requalifica-UBS em 2013 e ainda mais com a criação do PMM que previu em sua Lei⁵ um eixo⁹ dedicado ao investimento em infraestrutura da AB com metas de intervir no conjunto das UBS do país em até 5 anos. Nesse contexto, foram previstos recursos que equivaleriam a 5,5 bilhões destinados à realização de 8.349 reformas de UBS, 8.500 ampliações e 8.506 construções em mais de 5 mil municípios.¹⁸

Os efeitos na execução orçamentária do Comp.Estrutura foram evidentes. Em 2014 foram transferidos o equivalente a 282 milhões de reais em recursos de custeio para os municípios através do PAB-F e 1,54 bilhões de reais em recursos de capital através do Bloco de Investimentos.

Contudo, mais contundentes ainda são os efeitos do ajuste fiscal na implementação das políticas de “austeridade” no pós-2016. Com o contingenciamento de recursos de investimento e com o direcionamento de orçamento para emendas parlamentares, conforme trataremos

à frente, os repasses do Requalifica-UBS com recursos de programa caíram a valores anteriores a 2010 (menos de 60 milhões de reais), descumprindo, portanto, as metas do PAC, do Requalifica e o dispositivo legal previsto no PMM.

Discussão e Considerações Finais

A análise da Política Nacional para a AB e do seu financiamento, com o cuidado de compreender a estruturação de seus componentes, permite identificar graus de prioridade entre os programas e, também, entre as modalidades de transferência de recursos do governo federal para os municípios, revelando o quão estratégico é esse tema para a implementação da política. Nessa última seção, discutimos os achados mais importantes, provocamos interrogações e refletimos sobre as perspectivas no cenário atual.

A transição do modelo de financiamento nos anos 90 exigiu aumento dos recursos para a AB para que não houvesse “perdedores” com a mudança. Municípios com menor capacidade instalada tiveram incremento nos repasses e puderam ainda contar com um financiamento específico que “premiava” aquele que aderiu à ESF. No quadriênio seguinte, 1999-2002, houve significativa desvalorização do *Comp.PerCapta* e priorização do *Comp.ESF*. Como exemplo, em

2002, dois municípios com a mesma população, o que tivesse 100% de cobertura da eSF poderia receber um repasse 70% maior que o de outro não aderido. Essa estruturação do financiamento federal pode ser entendida como uma opção estratégica ligada à decisão de mudar o modelo de organização da AB no Brasil: interessava custear a ESF, não outro modelo. Embora fruto de pactuação tripartite, é inegável o peso maior da União nessa decisão e explícita a adoção de um modelo de política *top-down* ao invés da lógica reivindicada pelo movimento municipalista defensor de uma descentralização com mais autonomia.

A partir de 2003, a tendência inaugurada no quadriênio 1999-2002 se manteve e a prioridade dada à dimensão “indutiva” do financiamento seguiu aumentando. Embora o *Comp.PerCapta* tenha passado a aumentar acima da inflação, foi insuficiente para recuperar, para todos os municípios, o valor real com o qual foi pactuado e criado. O que piorou mais ainda com a desvalorização do último triênio tratada acima que desfez as conquistas nesse aspecto do quadriênio 2011-2014.

Os três componentes que compõem o PAB-V, como vimos, foi o maior vetor de ganho real no financiamento para a AB. Se compararmos o *Com.PerCapta*, que descentraliza recursos com mais autonomia para o gestor municipal, com

os demais quatro componentes que buscam induzir comportamentos do gestor municipal temos a seguinte relação: se em 1998, quando foi criado, o *Comp.PerCapta* correspondia a quase 90% dos recursos da AB, em 2002 era praticamente a metade e em 2014 representava apenas a quarta parte.

A evolução do montante de recursos federais destinados à AB (que inclui os 5 componentes e outros repasses que não chegam sozinhos a 2%) é mostrada na Tabela 2 considerando o período de 2002 a 2014 e também o ano de 2017.

Mais uma vez, percebemos um aumento sustentado nos recursos dos 5 componentes para a AB até 2014 quando é atingido o máximo de participação proporcional da AB nos gastos com ações de saúde do MS (18,6%). Contudo, no último triênio, o valor real e o *per capita* retrocedem e a proporção da participação da AB no gasto do MS mergulha fortemente.

Para compreender os números da execução orçamentária em 2017 é fundamental levar em conta dois fatores: os 3,5 bilhões de reais do PMM (*Comp.Provimento*) não são repassados fundo a fundo, mas vêm do PAB-V embora sejam um objetivo específico na peça orçamentária (está incluso na conta, portanto); quase 2 bilhões de reais do PAB-F foram executado em emendas parlamentares, com

critérios discricionários mais explicados pelas negociações políticas (*politics*) que pelos critérios e necessidades da política de saúde (*policies*). Optamos por não incluir as emendas nos componentes estudados e nem criar um específico com essas características pela sua menor capacidade de ser analisador da política pública setorial e mais da relação da governança setorial, partidária e da presidência com o sistema político, em especial, em um contexto no qual o executivo depende fortemente de negociações com o Congresso para obtenção de apoio e assim impedir o início de um processo de *impeachment*. Além disso, esse recurso é instável porque depende das relações e acordos a cada ano entre o executivo e o parlamento, com pouca capacidade de produzir dependência de trajetória.⁶

Apontamos que mudanças mais importantes de regras de financiamento exigem aumento do montante de recurso, logo, momentos de aumentos significativos de recursos podem ser oportunos para mudanças na estrutura de financiamento. Com efeito, em 2011, percebemos que foram feitas mudanças que reforçaram a lógica que vinha até então, mas também outras que apontaram para novos caminhos.

As primeiras reforçaram a tendência de destinar mais recursos para modos de financiar

no qual a instância de formulação mais central e que concentra mais recursos financeiros busca induzir comportamentos nas instâncias descentralizadas. Assim, a maior parte dos recursos foram dirigidos para o enfrentamento de “desafios” que “condicionavam” o desenvolvimento da AB⁷ na linha apontada pela nova PNAB: ampliação do acesso, expansão da ESF, provisionamento de médicos, “melhoria da qualidade”, informatização, qualificação da estrutura etc. Com isso os recursos dos Comp. Qualidade e Comp. Provimento chegaram a 35% de todo o PAB-V em 2014, além do Comp. Estrutura ter sido multiplicado por mais de 10 com relação ao quadriênio anterior.

Não estamos discutindo aqui se foi ou não acertado ou se era ou não um problema relevante e uma ação necessária e menos ainda atribuindo qualquer juízo de valor. Nossa observação se limita à identificação do desenho de formulação como uma lógica *top down*, discutida anteriormente, ainda que no caso do SUS isso se dê em processos de construção e negociação em instâncias de governança compartilhadas com os entes sub-nacionais, no caso da Comissão Intergestores Tripartite, e também com representações de movimentos e organizações sociais, no caso do Conselho Nacional de Saúde.

De outro lado, percebemos que outras mudanças iniciaram, concomitantemente, um caminho de fortalecimento da autonomia municipal: o Comp. *PerCapta*, justamente aquele que mais confere autonomia local, voltou a ser incrementado; o Comp. ESF, componente mais centralmente normalizado, passou a ser mais “compreensivo” e a contemplar mais realidades locais e modos de organização da AB identificados a partir de como realmente existiam e funcionavam nos municípios; o Comp. Qualidade inaugurou um financiamento que garantiu autonomia ao gestor para organizar a AB como quisesse, se comprometendo apenas com resultados contratualizados, e com mais liberdade de uso dos recursos; e, por fim, o Comp. Estrutura permitiu também a realização de obras como reformas e ampliações de estruturas já existentes, construindo um formato que dá mais conta de atender à diversidade e singularidade das necessidades locais, que os *standartizados* nos programas de implementação de novas estruturas, centralmente definidas.

Podemos ver nessas ações um incipiente ensaio de transição entre o modelo de financiamento vigente e o que se esperava que seria estruturado com a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, por meio do Contrato

Organizativo de Ação Pública e demais instrumentos do Decreto 7508,¹⁹ que mirava repasses globais derivados de quatro lógicas: *per capita* equitativa; em função da oferta de serviços (considerando a existente e a necessária/planejada) e aos seus modelos de atenção e modos de organização; relacionada a resultados alcançados; relacionada a planos de investimentos. Em outra oportunidade tratamos da relação de ações da PNAB com os debates do decreto.⁷

Contudo, a mudança mais global do financiamento não se realizou e o financiamento específico da AB no SUS seguiu com problemas importantes. A maior parte dos custos da AB ainda recai sobre o orçamento próprio dos municípios (70%-2002;²⁰ 57%-2011;²¹ 50%-2014⁷) embora, como vimos, a participação da União tenha aumentado até 2014. As proporções de repartição dos tributos são muito desfavoráveis ao ente municipal, que recebe menos de 20% das receitas e é responsável por 50% do gasto, quando o federal recebe mais de 60% e contribuía com no máximo 40%. Uma situação específica que é pior que a do financiamento da saúde em geral, na qual os municípios, em 2014, assumiram 31% e a União 42%²² dos gastos.

Além disso, a participação dos estados no financiamento da AB é: pequena (não chega a

9% do financiamento global), irregular, heterogênea (a minoria faz repasses regulares e normatizados aos municípios), e, quase sempre, utiliza mecanismos convenientes e excessivamente discricionários.²¹ Tudo isso mostra a urgência de uma reconstrução do financiamento tripartite da saúde e da AB no SUS.

E, se o gasto em saúde no Brasil é muito baixo se comparado com parâmetros internacionais,²² a proporção do gasto em AB no gasto em saúde é relativamente pior e, como vimos, piorou fortemente no último triênio. E, se os recursos alocados hoje na AB já se mostram insuficientes para garantir cobertura universal no padrão atual, a necessidade se agrava ainda mais caso calculemos os custos de uma AB que seja a principal porta de entrada do sistema, resolutiva e com escopo mais ampliado de ações nos moldes previstos na PNAB-2011.²

Como tratamos no artigo, o modo como vem sendo desenhada e financiada a PNAB é um fator central para explicar a entrada das prioridades da política nacional na agenda local dos gestores municipais e sua implementação em todo o país. Mais uma vez perguntamos: será que um modelo de política menos “nacional” e “indutivo” teria feito, por exemplo, da opção pela ESF uma realidade nacional? Será que as prefeituras tomariam a decisão de investir em médicos de família, equipe de saúde

bucal, agentes comunitários de saúde e na ampliação do papel da enfermagem sem forte indução federal? Ainda que não seja possível responder a essa pergunta, é importante refletir sobre alguns elementos.

O atual modelo *top-down*¹¹ de política não é só uma opção estratégica de governo que tem sido reafirmada, é reforçado pela característica predominante do federalismo brasileiro. Estudos comparativos que analisam modelos de Estados unitários ou federais, centralizados ou descentralizados, com maior ou menor autonomia e capacidade dos entes subnacionais, e que levam em conta os países da América²³ ou de todo o mundo,²⁴ consideram o Brasil uma espécie de federalismo centralizado. E isso é demonstrado, especialmente, na análise da centralização fiscal e, também, na concentração o papel da União na formulação e financiamento de grande parte das políticas públicas. Ainda que o SUS tenha uma legislação setorial que aponte para a descentralização e municipalização, não se pode perder de vista a federação responsável pela execução da política em análise.

Além disso, esse modo de formular as políticas recebe reforços, se nos atentarmos para os processos de difusão de políticas,²⁵ de, pelo menos, duas frentes: a literatura internacional muito cética em relação aos resultados dos

processos de descentralização dos anos 80 e 90²⁶ e aquela que tem associado os casos mundiais de sucesso no funcionamento da AB²⁷ a processos nacionais de implementação coordenada de políticas e em países cuja maior capacidade de implementação está no ente central ou naquele que seria mais próximo do ente estadual no Brasil.

Contudo, é importante lembrar que muitos estudos vêm alertando desde os anos 90 para possíveis efeitos nocivos desse desenho da política de AB, em especial, de sua incoerência com relação à perspectiva do SUS.²⁸ Há ainda estudos de casos alternativos de implementação do SUS que contribuem para o fortalecimento do planejamento ascendente, constituindo modalidades de financiamento menos centralizadas e valorizando a iniciativa e decisão regional e local.²⁹

Para nós é claro que só empiricamente poderíamos testar e comparar os resultados de um desenho descentralizado com o que foi levado a cabo historicamente no Brasil. Entendemos que o modo como foi implementada a política de AB no Brasil, especialmente no período abordado, teve importante papel nos significativos, e cada vez mais reconhecidos, resultados alcançados. Ao mesmo tempo, é óbvio que este não é o único modo possível de implementação e nem que

esses resultados se devam a este modo. É importante superar um modelo de financiamento que induz prioridades definidas desde a União e que se assentem normatizações nacionais e genéricas com insuficiente capacidade de adequação às necessidades, condições, especificidades e projetos locais dos municípios.

Nesse sentido, nos parece um caminho promissor o desenho de financiamento para o SUS apontado no processo de regulamentação da Lei Orgânica da Saúde em 2011¹⁹ que buscou, inclusive, superar limites e problemas do federalismo brasileiro apontando para uma regionalização interfederativa do planejamento, da destinação de recursos e da gestão. Contudo, trata-se de uma mudança estrutural que, para nós, deve ser feita: progressivamente e com segurança; com base em estudos de implementação; com governança tripartite, participação popular e controle social; com produção de novos instrumentos jurídicos e administrativos; com inovação nos processos de gestão; e, necessariamente, com salto quantitativo do financiamento da saúde, em geral, e da AB, em particular.

Infelizmente, o cenário atual não é esse. Os dados de 2017 mostram estagnação e mesmo retrocesso, em especial a partir de 2016, que

interrompe uma curva ascendente que vinha de 2002 a 2014. No período mais recente, há piora tanto global quanto em todos os componentes, com exceção o Comp.Provimento, no qual há estagnação. Há ainda o fenômeno preocupante e impressionante de direcionamento de recursos para a execução de emendas parlamentares – caso fosse considerado um componente, em 2017 seria maior que o Comp.Estrutura e o Comp.Qualidade.

Além disso, foi aprovada em 2016 a Emenda Constitucional nº95, que congela os recursos da saúde por 20 anos e que, nos cenários menos pessimistas, reduziria o gasto em saúde da União do padrão de 1,6% do PIB para aproximadamente 1%. A perda com a mudança de regra se aproximaria de 40% do total de recursos federais da saúde, o que representaria um prejuízo acumulado de 400 bilhões de reais para o SUS.²²

Em um contexto de redução dos recursos da União no financiamento da saúde, propostas de desregulamentação do uso dos recursos - que assumiram a forma de extinção dos blocos de financiamento sem a criação de mecanismos suficientes e efetivos que assegurem metas de manutenção e avanço (como: cobertura, oferta, modelo assistencial, desempenho em indicadores de saúde, piso de gasto, de investimentos e de qualidade etc.) – tendem a

promover importante redução dos recursos da AB por dois motivos principais.

De um lado, porque o modelo atual de financiamento federal força que o município aloque recurso próprio na AB a fim de receber os federais. Sem esse condicionamento e sem a exigência de manter o que já existe, o recurso não precisa seguir sendo alocado todo na AB. A PNAB aprovada em 2017 piora ainda mais esse quadro rebaixando ainda mais os níveis de exigência e desregulamentando complementarmente a AB (conforme trabalharemos em outra produção ainda no prelo).

De outro, a análise das forças hegemônicas do campo e o conhecimento do processo histórico de produção e reprodução social do setor saúde no Brasil tem mostrado que, ao longo do tempo,

os grupos e forças sociais e econômicas que atuam para a reprodução do modelo assistencial hegemônico dirigem os recursos para a atenção especializada e hospitalar, em detrimento da AB, e para o setor privado (complementar e suplementar), em detrimento do público.³⁰ Esse, provavelmente, seria o destino de grande parte dos recursos que hoje estão na AB. E tudo para colocar em curso um projeto privatizante que busca reduzir a ação do Estado, ampliar a “clientela”, escopo e abrangência dos serviços privados aos moldes do que é defendido desde os anos 90 nas receitas neoliberais que agora retornam nas políticas de “austeridade”. Fatores que, somados, acenam para a piora no acesso e na qualidade do que é oferecido aos cidadãos-usuários com o desmonte do que demorou mais de duas décadas para ser construído.

Notas

¹ Denominados, a partir da PNAB 2016, como Estratégia de Saúde da Família

¹¹ Lógica de formulação, implementação e avaliação de políticas que parte de uma instância mais central e acompanha o desdobramento e execução das ações pelas demais instâncias e instituições mais “periféricas” como se as últimas fossem subordinadas ou coordenadas pela primeira.¹¹

Referências

¹ Merhy, EE. A Saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Editora Hucitec; 1992.

² Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 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.

³ Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial da União, 20 jul 2011.

- ⁴Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 2.206, de 14 de setembro de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. Diário Oficial da União, 14 set 2011.
- ⁵Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 23 out 2013.
- ⁶Menicucci TMG, Brasil, FPD. Construção de agendas e inovações institucionais. Estudos sociológicos. 2010; 15(29):369-396.
- ⁷Pinto HA. Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
- ⁸Pinto HA, Sousa A, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. Saúde Debate. 2014; 38:358-372.
- ⁹Pinto HA et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. Interface comun saúde educ. 2017.
- ¹⁰Côrtes SV, Lima LL. A contribuição da sociologia para a análise de políticas públicas. Lua Nova. 2012; 87:33-62.
- ¹¹Costa G, Dagnino R. (orgs). Gestão estratégica de políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora T+8; 2008.
- ¹²May Tim. Pesquisa social: questões métodos e processos. 3.ed. Porto Alegre: ArtMed; 2004.
- ¹³Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Aprova a NOB 1/96, que redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Diário Oficial da União, 05 jun 1996.
- ¹⁴Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 14 nov 1998
- ¹⁵Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União, 29 jan 2007.
- ¹⁶Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 1.602, de 9 de julho de 2011. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Diário Oficial da União, 09 Jul 2011.
- ¹⁷Sousa, Maria Fátima de; Hamann, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Ciêncsaúde colet. 2009; 14:1325-1335.
- ¹⁸Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- ¹⁹Decreto nº 7508, 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. Diário Oficial da União, 28 jun 2011.
- ²⁰MendesNA, Marques RM. Os (des)caminhos do financiamento do SUS. Saúde Debate. 2003; 27(65):389-404.
- ²¹Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nota Técnica nº15, de 06 de dezembro de 2013. Gasto com atenção básica das três esferas de governo: possibilidades e limitações das análises a partir de bases de dados orçamentário-financeiras. Brasília: IPEA; 2013.
- ²²Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nota Técnica nº 28, de 21 de setembro de 2016. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília: IPEA; 2016.
- ²³Chávez AH. Hacia un nuevo federalismo? México: Fondo de Cultura Económica; 1996.
- ²⁴Watts R. Comparaison des régimes fédéraux dès années 1990. Ontário: Université Queen's; 1998.
- ²⁵Coelho DB. Mecanismos políticos e institucionais da difusão de políticas. In: Faria CAP, Coelho DB, Silva SJ (Orgs) . Difusão de políticas públicas. São Bernardo do Campo: EdUFABC; 2016. p. 35-64.
- ²⁶Roden J. Federalismo e descentralização em perspectiva comparada: sobre significados e medidas. Rev Sociol Polít. 2005; 24:9-27.

²⁷ Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial da Saúde 2008. Cuidados de saúde primários: agora mais que nunca. Lisboa; 2008.

²⁸ 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 seqüência da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Tema: Norma Operacional Básica. 1997. p. 96.

²⁹ Ferla AA, Martins Junior F. Gestão solidária da saúde: a experiência de gestão estadual de SUS no Rio Grande do Sul. Divulg saúde debate. 2001;:8-20.

³⁰ Paim Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008.

Anexo

Tabela 1: PAB-V total, *per capita*, por pessoa coberta por eSF e cobertura da ESF (valores anuais e deflacionados a dezembro de 2017).

Item / Ano	2002	2006	2010	2014	2017
PAB-V em bilhões de reais	3.50	6.61	9.60	13.68	13.94
PAB-V per capita anual em reais	30	36	50	67	67
PAB-V anual por pessoa coberta por eSF em reais	60	77	95	107	106
Cobertura da eSF	33%	46%	53%	63%	64%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 2: Soma dos Componentes dos ciclos de 2002 a 2014 e mais 2017, total e *per capita*, e comparação com o total do Ministério da Saúde (valores anuais e deflacionados a dezembro de 2017)

Ano	Total em bilhões de reais	Per Capita em reais (A)	Aumento real de A em relação ao período anterior	Total de AB no montante total do Ministério da Saúde
2002	7.88	45	-	12,9%
2006	11.40	61	36%	14,8%
2010	15.03	79	28%	15,7%
2014	21.41	106	34%	18,6%
2017	18.84	91	- 14%	16,0%

Fonte: Elaborado pelo autor.

