

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO/ FACULDADE DE MEDICINA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

**ANDERSON ODILON DOS SANTOS**

**O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA ÚNICO  
DE SAÚDE: uma revisão da produção presente na Biblioteca Virtual de  
Saúde (BVS), 1988-2020**

**Porto Alegre  
2021**

ANDERSON ODILON DOS SANTOS

**O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA ÚNICO  
DE SAÚDE: uma revisão da produção presente na Biblioteca Virtual de  
Saúde (BVS), 1988-2020**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof Dr Ronaldo Bordin

Porto Alegre

2021

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

Reitor: Prof. Dr. Carlos André Bulhões Mendes

Vice-reitora: Profa. Dra. Patrícia Helena Lucas Pranke

### **ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

### **COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

Coordenador Geral: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador de Ensino: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

#### **CIP - Catalogação na Publicação**

Santos, Anderson Odilon  
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 Santos. -- 2021.  
48 f.  
Orientador: Prof<sup>o</sup> Ronaldo Bordin.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de  
Administração, Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS,  
2021.

1. Gestão em Saúde. 2. Financiamento do SUS. 3.  
Atenção Primária. 4. SUS. 5. Financiamento da Atenção  
Primária. I. Bordin, Prof<sup>o</sup> Ronaldo, orient. II.  
Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

### **Escola de Administração da UFRGS**

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: gestaoemsaude@ufrgs.br

ANDERSON ODILON DOS SANTOS

**O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA ÚNICO  
DE SAÚDE: uma revisão da produção presente na Biblioteca Virtual de  
Saúde (BVS), 1988-2020**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em 18 de agosto de 2021.

**Banca Examinadora**

---

Examinador(a): Ms Bruna Hentges

---

Examinador(a): Dr<sup>a</sup> Rita de Cassia Nagem

---

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

## **AGRADECIMENTOS**

Você já parou para imaginar o quanto você merece as coisas boas que acontecem pelo simples fato de tentar? Não importa como, você tentou e o melhor: conseguiu. O desenvolvimento dessa especialização e desse trabalho em pleno colapso da saúde devido o transcorrer pandemia da COVID-19 é a prova de que não importa o quão difícil seja os desafios, mas, sim, o quanto você está disposto a tentar.

Esse trabalho contou com a ajuda de diversas pessoas, e por isso eu agradeço:

A Deus, sempre em primeiro lugar, me fornecendo paciência, sabedoria e discernimento.

A minha família, especialmente meus pais, que sempre me incentivaram e apoiaram em todas as minhas decisões independente de quais eram.

Ao Professor Ronaldo Bordin, orientador, que durante esses meses me prestou auxílio no que se fazia necessário para o transcorrer dessa escrita.

A Cecília, que somente ela sabe o quão importante foi nesse processo de finalização do curso.

Enfim, a todos que indiretamente ou diretamente me ajudaram a finalizar mais essa etapa da minha vida acadêmica.

## RESUMO

**Introdução:** Nos últimos 25 anos, a Atenção Primária a Saúde, representada preferencialmente pela Estratégia de Saúde da Família, mostrou-se de grande importância para a redução significativa na mortalidade infantil, na mortalidade evitável e nas internações hospitalares no Brasil.

**Objetivo:** Revisar a produção científica quanto ao tema financiamento da atenção básica em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), de sua implementação (1988) até 2020.

**Métodos:** Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo integrativa voltada às formas de financiamento do SUS a partir da CF-88 e suas alterações. Foram incluídos artigos completos, em língua portuguesa e inglesa, publicados a partir do ano de 1988, presentes na Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando os descritores “Sistema Único de Saúde”, “Financiamento da Assistência à Saúde”, “Assistência à Saúde” e “Financiamento dos Sistemas de Saúde”, resultando em 15 artigos para revisão.

**Resultados:** Nenhum artigo selecionado para revisão foi publicado nos primeiros 25 anos (1988-2013) que se seguiram à publicação da CRF-88; onze artigos foram publicados no biênio 2019-2020; houve uma dispersão de autoria e apenas um autor esteve presente em dois artigos, ambos de 2020. A revista Ciências e Saúde Coletiva publicou seis dos artigos selecionados, tratando-se especificamente dos repasses financeiros ao Sistema Único de Saúde e seus impactos.

**Conclusão:** Encontrou-se 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.

**Palavras-Chave:** Sistema Único de Saúde. Financiamento da Assistência à Saúde. Gestão em Saúde. Políticas de Saúde. Avaliação de Políticas Públicas.

**The Brazilian Unified Health System (SUS) Primary Care Financing: A production revision present in the Virtual Health Library (BVS) 1988-2020**

**ABSTRACT**

**Introduction:** Over the past 25 years, the Primary Care, preferably represented by Family Care Strategy, proved to be of great importance for a significant reduction on child mortality, avoidable mortality and hospital admissions in Brazil.

**Purpose:** Conduct a review of scientific production on the theme of financing primary health care in the Unified Health System (SUS), from its implementation (1988) until 2020.

**Methods:** This is a bibliographic review of the integrative type in the forms of financing the SUS, based on the CF-88 and its amendments. A total of 15 complete articles were included, captured according to the criteria: published in Portuguese and English from the year 1988, existing in the Virtual Health Library, and with the descriptors "Unified Health System", "Funding of Assistance to Health Health", "Health Assistance" and "Financing of Health Systems".

**Results:** None of the articles selected to be reviewed were published within the first 25 years (1988-2013) of the enactment of 1988's Brazilian Federal Constitution; Eleven articles were published within 2019-2020; A dispersion of authorship was detected and only one author was present in two articles, both of them from 2020. The Journal "Ciência e Saúde Coletiva" had published six of the selected articles, all of them concerning financial funding to the Unified Health System and their impacts.

**Conclusion:** There was a lack of scientific publications concerning the first 25 years of the implementation of the Brazilian Unified Health System (1988-2013) and eleven articles were published on the last two years (2019-2020), showing disparities and convergences with the legal system.

**Key words:** Unified Health System (SUS), Health Care Financing, Health Management, Evaluation of Public Policies.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Fluxograma: Apresentação da seleção de cada artigo componente.....25

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Autores, data e periódico publicado, objetivos e resultados dos estudos componentes do texto (n=15) .....	31
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
APS	Atenção Primária a Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CRFB-88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
DOU	Diário Oficial da União
eABP	Equipe de Atenção Básica Prisional
eAP	equipe de Atenção Primária
eAPS	equipe de Atenção Primária a Saúde
EC	Emenda Constitucional
eCR	Equipe de Consultório na Rua
eSB	equipe de Saúde Bucal
eSF	equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSFR	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
GPABA	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAPS	Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OGU	Orçamento Geral da União
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PAB	Piso de Atenção Básica

PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PEC	Pacto de Estabilidade e Crescimento
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSE	Programa de Saúde na Escola
PSF	Plano de Saúde da Família
PUBMED	US National Library of Medicine
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library On-line
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIOPS	Sistema de Informações sobre os Orçamentos Públicos em Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único do Sul
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde Fluvial
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UOM	Unidade Odontológica Móvel

## SUMÁRIO

<i>INTRODUÇÃO</i> .....	<i>13-14</i>
<i>CONTEXTO DO ESTUDO</i> .....	<i>15-26</i>
<i>OBJETIVOS</i> .....	<i>28</i>
<i>MÉTODOS</i> .....	<i>29-30</i>
<i>RESULTADOS</i> .....	<i>32-36</i>
<i>DISCUSSÃO</i> .....	<i>37-42</i>
<i>CONCLUSÃO</i> .....	<i>43</i>
<i>REFERÊNCIAS</i> .....	<i>44</i>

## 1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CRFB-88), promulgada em 1988, estabeleceu os direitos civis e sociais para todo o povo brasileiro, expressando o direito às ações e serviços de saúde como direito do cidadão. Este evento político foi considerado sem precedentes, fazendo com que o Estado brasileiro assumisse a tarefa de garantir esses direitos sociais, incluindo o pleno acesso aos serviços de saúde. Com isso, a judicialização da saúde se fundamentou nos dispositivos constitucionais relativos à confirmação da cidadania (NASCIMENTO, 2019).

Em 19 de setembro de 1990 foi sancionada a Lei 8.080/1990 — a Lei Orgânica da Saúde, que instituiu o sistema público de saúde nacional, regulamentada duas décadas após, pelo decreto n.º 7.508 de 28 de junho de 2011. Esta instituição foi um grande passo para a democratização e acesso à assistência à saúde em seus diversos aspectos. É nesta lei que se definiu os princípios do SUS, sendo: universalidade, integralidade e a equidade, o financiamento de todos os níveis dos poderes governamentais e o planejamento ascendente, do nível local até o federal. Um pouco depois, no dia 28 de dezembro de 1990, foi sancionada a lei 8.142, que dispunha sobre a participação da comunidade no gerenciamento do Sistema Único do Sul — SUS (FAVARET, 2003).

A CRFB-88 não só estipula o direito à saúde, mas também se atenta para os custos inerentes à realização do direito, estimando assim os custos correspondentes. Há um aglomerado de normas constitucionais na capacitação e gerenciamento de recursos públicos, que se relacionam às ações e serviços públicos para a universalização, especialmente quando se considera o desenho do federalismo fiscal do Brasil, acordos de financiamento que são assimétricos e a distribuição de capacidades materiais (BEVILACQUA *et al.*, 2020).

Com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2006), onde a Estratégia da Saúde da Família (ESF) é apontada como um modelo de referência na forma de organização da atenção primária no SUS, houve a necessidade de os municípios brasileiros realizarem aplicações financeiras para a mesma. De acordo com Fausto *et al.* (2014), a ESF é importante pela realização de consultas, exames, vacinas e, principalmente, pela descentralização dos serviços de atenção básica, pois é por meio desta estratégia que são fornecidos serviços multidisciplinares.

Durante o julgamento ADI 4.048, o ministro Carlos Ayres Brito afirmou claramente que o orçamento é “a lei mais importante do ordenamento jurídico estipulado pela Constituição”. Diante do exposto, o orçamento constitucional, ou seja, as restrições constitucionais à tributação

e ao gasto público, está vinculado ao cerne do Estado democrático de direito que propõe a justiça social, pois além da importância substantiva do sistema constitucional, uma vez incorporada no sistema, as finanças públicas são formais e se tornam um direito básico do ser humano. Neste sentido, o plano financeiro nacional obteve inicialmente o poder organizacional e constitucional a partir do surgimento do direito de parcelamento, levando-se em consideração que o direito ao abastecimento se concretiza a partir do consumo de recursos. O financiamento do SUS passou a fazer parte da agenda decisória, levando à promulgação da Emenda Constitucional de 29/2000 (EC-29/2000) (BEVILACQUA *et al.*, 2020).

A lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS). Além de seus princípios e diretrizes, a lei também estabelece a competência de cada ente federal na gestão do SUS. Especificamente, no que se refere ao financiamento do SUS, o artigo 35 da lei estipula que o valor a ser repassado aos Estados, Distrito Federal e Municípios se dará combinando os seguintes critérios: perfil populacional da região, perfil epidemiológico da população atendida, características quantitativas e qualitativas da rede regional de saúde, o desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior, o nível de participação da secretaria de saúde nos orçamentos estaduais e municipais, a previsão de plano quinquenal de investimentos da rede e o reembolso da prestação ao serviço de outros departamentos do governo (BRASIL, Lei 8.080, 1990).

Já na lei nº 8.142, promulgada em 1990, foi definido um mecanismo de transferência intergovernamental de recursos financeiros na área da saúde, estabelecendo-se um marco legislativo para a captação de recursos para o SUS. Em 1993, a Norma Operacional Básica (NOB) 01/1993 propôs pequenos avanços na gestão municipal como autonomia e flexibilidade, habilitando os municípios como principais gestores, criando a transferência regular e automática do teto global de assistência. No entanto, os Estados ainda assumem um papel importante na gerência do sistema estadual de saúde.

É inegável que, de 1994 a 2020 a atenção primária à saúde, representada principalmente pela Estratégia de Saúde da Família, avançou muito. Houve uma redução significativa na mortalidade infantil, na mortalidade evitável, na hospitalização por doenças sensíveis e outros avanços (HARZHEIM *et al.*, 2020).

Dado o exposto, o presente estudo visa revisar a produção científica quanto ao tema financiamento do Sistema Único de Saúde, em especial da atenção básica, de 1988 até o ano 2020.

## 2. CONTEXTO DO ESTUDO

### 2.1 O financiamento em saúde após a Constituição Federal de 1988

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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A CRF-88 previu as bases de financiamento para o SUS, através do Orçamento da Seguridade Social (OSS) no nível federal e orçamentos fiscais para estados e municípios. Começa-se a trabalhar na implantação do SUS, aprovando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, considerada Lei Orgânica de Saúde e contendo parâmetros para promoção, proteção e recuperação de saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1988).

Ademais, complementando a Lei Orgânica de Saúde, tem-se a aprovação da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que se trata da participação da comunidade no processo de gestão do Sistema Único de Saúde, bem como das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1988).

O desempenho do governo federal na indução e na regulamentação das prioridades nacionais, captação e realocação de recursos se tornaram foco para a coleta e a determinação da formulação de políticas e instruções de gastos estaduais e municipais (CARAN CONTARATO *et al.*, 2019).

A implementação da política de saúde no Brasil a partir da CRF-88 foi condicionada parcialmente ao processo de subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde, podendo ser caracterizado pela alocação insuficiente de recursos orçamentários e financeiros para cumprir os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade, bem como para a equiparação com outros países que adotam o sistema público de saúde similar ao brasileiro. As consequências deste subfinanciamento são negativas e estão relacionadas com a limitação da efetivação da atenção primária (ou básica) como ordenadora da rede de assistência à saúde da população (FUNCIA, 2019).

De 1988 até 1992 ficou definido que o financiamento do Sistema de Saúde pela União se daria através da alocação de 30% dos recursos do OSS. Na prática, parte desses recursos foram usados para custear os pagamentos de despesas de outras áreas, como as de servidores inativos e as dívidas públicas. Em 1991, com o plano Plurianual do governo federal, a reserva da OSS chegou a 25%; no entanto, o dinheiro não entrou nos cofres do Ministério da Saúde, sendo obrigado, no ano posterior, a contrair empréstimo no Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para ser capaz de financiar as despesas de saúde, devido as insuficiências de recursos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Já em 1993, através da Lei Orçamentária Anual, os recursos para a saúde foram reduzidos para 15,5%. Porém, o Ministério da Previdência, órgão responsável pela arrecadação dos recursos, não os repassou de forma correspondente, visto que havia a necessidade de pagamento de dívidas atrasadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993, determina que os Conselhos de Saúde devam aprovar os critérios de programação quantitativos dos serviços, por ordem de prioridade entre os prestadores públicos, filantrópicos e privados. Ela assegura o acesso ao universo de prestadores estendidos, os requisitos de qualidade e respeita as necessidades de cobertura do sistema identificadas no Plano de Saúde.

Com isso, foi apresentada a primeira proposta de Emenda Constitucional, a PEC nº 169/1993, definindo um aporte de 30% da OSS somados a 10% de impostos para a saúde. Os estados, o Distrito Federal e os municípios deveriam aplicar, no mínimo, 10% das receitas de impostos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Ademais, as emendas constitucionais que foram emitidas no país a partir da década de 1990 mudaram o desenho original das relações intergovernamentais e do federalismo fiscal da CRF-88, proporcionando uma concentração de recursos e um poder de decisão dos mesmos apenas ao nível federal. Portanto, o ajuste dos planos e dos controles das dívidas resultaram em uma perda da liberdade do uso dos recursos, enfraquecendo gradualmente o status dos estados na federação e influenciando diretamente nos repasses financeiros para as condições de saúde pública do país no período pós-eleitoral (CARAN CONTARATO *et al.*, 2019).

A crise constante de financiamento do SUS, ocorrida na década de 1990, provocada pelo não atendimento ao uso de 30% do OSS em saúde, gerou uma proliferação no Congresso Nacional a partir de 1993 de inúmeras propostas de vinculação de receitas ao setor público de saúde. Isso gerou a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, determinando a aplicação de no mínimo 15% das receitas próprias municipais e 12% das estaduais em Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A crise supracitada, entretanto, acabou influenciando positivamente nas despesas em saúde, que apresentaram na época uma tendência de crescimento quando analisadas em conjunto com estados e regiões, ainda que nos momentos de queda financeira do país. Este aumento de financiamento poderia estar diretamente ligado à vigência da regulamentação da Emenda Constitucional 29 (EC-29) (CARAN CONTARATO *et al.*, 2019). A Emenda Constitucional nº 29 acaba por definir então, percentuais mínimos de aplicação da União, estados e municípios, em ações e serviços públicos de saúde desde os anos 2000 (T.C.U., 2013).

No ano 2000, quando a EC-29 foi aprovada, os estados recebiam cerca de 18,6% dos recursos públicos alocados do SUS e já em 2010, essa participação aumentou cerca de 7,8%, o que corresponde a cerca de 200% no aporte de recursos (de 12 bilhões de reais em 2000 para 36,3 bilhões em 2010). Vale ressaltar que é mais desafiador para os estados a administração das finanças públicas, tendo em vista a austeridade fiscal adotada pelo governo federal e os seus efeitos sobre os mecanismos de financiamento do SUS (CARAN CONTARATO *et al.*, 2019).

A EC-29 determinou vínculo e estabelecimento com base de cálculos e percentuais mínimos de recursos orçamentários cuja União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios se tornam obrigados a aplicar ações e serviços públicos de saúde. Com essas alterações propostas, é destacada a redação do artigo 198 da Constituição Federal, tratando-se dessa base de cálculos supracitada, onde as ações e os serviços públicos de saúde devam constituir um sistema único. O parágrafo 3º prevê a possibilidade de reavaliação dos percentuais mínimos propostos anteriormente, pelo menos a cada cinco anos (BRASIL, 1988).

Essa reavaliação se dá através de Leis Complementares, pelo menos a cada cinco anos após a data de promulgação da Emenda. Portanto, é eludido a repetição dos problemas que comprometeram o financiamento do SUS nos anos 1990, pois ainda não haviam parâmetros legais que obrigassem os Estados, municípios e Distrito Federal a destinarem seus recursos próprios para a área da saúde (CAMPELLI; CALVO, 2007).

De acordo com o Sistema de Informações sobre os Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), alguns Estados não cumpriram com a EC-29, indicando que no ano de 2000, 11 estados representaram um passivo de R\$ 0,88 bilhão. Já em 2001, aumentou para 18 estados e R\$1,08 bilhão foram deixados de serem aplicados na saúde. Em 2002, foram 16 estados, representando um total de R\$1,66 bilhão. Em 2003, 13 estados deixaram de cumprir este mínimo exigido, representando uma não aplicação de R\$1,67 bilhão de recursos financeiros. Isso resultou em uma dívida de R\$5,29 bilhões com o SUS. Estes valores em percentuais (13,67%, 14,82%, 16,54%, 17,4% respectivamente) ainda são superiores aos mínimos recomendados pela CRF-88 após a introdução da EC-29 (CAMPELLI; CALVO, 2007).

Para os Estados foi fixado, ao final de 2004, o limite mínimo de 12% do produto de arrecadação dos impostos; para os municípios, fixou o percentual mínimo de 15% do produto de arrecadação dos impostos. No ano de 2000, estes percentuais eram de 7% na receita vinculável, no entanto, os valores estipulados pela EC-29 após o ano de 2004 deverá ser reduzida na razão mínima de um quinto ao ano (CAMPELLI; CALVO, 2007).

Para estados e municípios, a EC-29 além de estabelecer patamares mínimos até o ano de 2004, determinou uma regra de transição que obrigava a aplicação de no mínimo 7% de suas receitas próprias em ações e serviços públicos de saúde, elevando o percentual até alcançar o mínimo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

À União, determinou um acréscimo de 5% no ano de 2000 em relação ao valor referido no ano anterior, e para os anos de 2001 até 2004, os valores apurados nos anos anteriores seriam corrigidos através da variação nominal do PIB. A partir de 2005, as definições dos critérios de vinculação da União ficaram sob encargos da Lei Complementar (T.C.U. 2013).

Com isso, há posteriormente a implementação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamentando a Lei Orgânica da Saúde 21 anos após sua promulgação. Nele consta uma descrição das portas de entrada para atendimento inicial à saúde do usuário do SUS. O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pela porta de entrada do sistema de saúde, se completando na rede regionalizada e hierarquizada, sempre de acordo com a complexidade do serviço, sendo a Atenção Primária a primeira recomendação de porta de entrada.

Destaca-se, após a promulgação da EC-29, a Emenda Constitucional nº 95 (EC-95), que foi aprovada em 2016, estabelecendo um teto de gastos para as despesas primárias, havendo apenas correção anual para recompor as perdas inflacionárias obtidas. A EC-95 poderá produzir impactos substancialmente negativos no financiamento e na garantia ao direito de Saúde do Brasil, já sendo apontada em alguns estudos uma queda na oferta de serviços públicos de saúde (ROSSI *et al.*, 2019).

## **2.2 O financiamento da Atenção Primária em Saúde**

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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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).

Na Norma Operacional Básica (NOB), foi instituída a organização do Piso de Atenção Básica (PAB), que define a transferência dos recursos financeiros normais do valor per capita para a atenção básica, de acordo com as normas estabelecidas pela Lei nº 8.080/90. Além disso, a NOB propôs também uma variante de transmissão de recursos por meio do PAB, que correspondem exclusivamente ao valor para a cobertura populacional residente (D.O.U, 1996).

As prefeituras que cumprem o Plano de Saúde da Família (PSF) ou Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) integram recursos adicionais ao PAB. Com o estabelecimento dos PABs, os fixos foram definidos com base no valor per capita e com variáveis relativas ao cumprimento de planos específicos, estabelecendo-se no Brasil um conjunto de serviços e atribuições claras de Atenção Primária à Saúde (APS) (D.O.U, 1996).

Neste contexto, a Portaria 2.979 prega que o primeiro componente do financiamento é composto por uma parte fixa, calculada com base no porte populacional do município, chamado

de PAB fixo. O segundo componente é chamado de PAB variável, sendo um incentivo financeiro repassado com base nas qualificações e atividades mínimas executadas pela ESF. Apenas o município que mantiver o cadastro da equipe no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) completo e relatar as atividades da equipe com capacitação na Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) obterá o direito ao PAB variável.

Com o passar das suas últimas décadas, a PAB variável passou a se concentrar na maior parte dos recursos alocados na APS, mesmo havendo inúmeras limitações do processo de restrição ao repasse do governo federal; o foco era excessivo apenas na capacidade já instalada, o que levou a regras pouco flexíveis (D.O.U, 1996).

Como previsão de expansão da ESF nos últimos dez anos, o modelo de financiamento desde a promulgação da CRFB-88 vigorou até 2019, gerando problemas para ampliar o número de pessoas em responsabilidade das equipes de ESF.

Segundo a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, a base de financiamento do SUS considera a população cadastrada por equipe de Saúde da Família, analisando as atribuições de cada paciente para que o repasse financeiro seja feito. Com isso, o modelo de financiamento do ano de 2019 é mantido, seguindo a nova proposta de forma de custeio do Ministério da Saúde para a APS, dividindo-a em três aspectos: cabeças ponderadas com viés de personalidade e histórico, incentivo para ações e planos estratégicos e recompensas por desempenho.

Esta opção é por um modelo híbrido de APS, assim como no Reino Unido, pagando por desempenho e pela prestação de serviços específicos. Neste modelo brasileiro, o custo ponderado de mão de obra no orçamento foi de 52% e os pagamentos por performance foram de 9% (HARZHEIM *et al.*, 2020).

O Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ) abordou claramente a necessidade de ampliar o acesso à ESF e melhorar a qualidade médica. No entanto, foram encontradas muitas limitações nesta proposta, visto que em seu engajamento necessita-se de uma coleta presencial baseada na baixa periodicidade (2-3 anos), não contando com um cronograma transparente e utilizando questionários com ausência de estatística nacional e verificação científica, gerando mais de 1000 variáveis para serem avaliadas no final de cada coleta de ESF. Só esta proposta já ultrapassou mais de 2 bilhões de reais por se tratar de uma avaliação opcional que poderia vir a afetar mais de 36 mil equipes de ESF, representando 80% do total e significando que 20% das equipes não seriam avaliadas (HARZHEIM *et al.*, 2020).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS) 01/2001 é o resultado do contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão que visa aprimorar o SUS:

O conjunto de estratégias apresentadas nesta Norma Operacional da Assistência à Saúde articula-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo.

...

6 - Instituir a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada –GPABA.

6.1 - Definir como áreas de atuação estratégicas mínimas para habilitação na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal, conforme detalhamento apresentado no ANEXO 1 desta Norma.

6.2 - As ações de que trata o ANEXO 1 desta Norma devem ser assumidas por todos os municípios brasileiros, de acordo com o seu perfil epidemiológico, como um componente essencial e mínimo para o cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica, instituído pela Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998.

6.3 - O conjunto de procedimentos assistenciais que compõem as ações de Atenção Básica Ampliada é compreendido por aqueles atualmente cobertos pelo Piso de Atenção Básica – PAB, acrescidos dos procedimentos relacionados no ANEXO 2 desta Norma.

6.4 - Para o financiamento do elenco de procedimentos da Atenção Básica Ampliada, será instituído o PAB-Ampliado, e seu valor definido, no prazo de 60 (sessenta) dias, em Portaria Conjunta da Secretaria Executiva/SE e da Secretaria de Políticas de Saúde/SPS, sendo que os municípios que hoje já recebem o PAB fixo em valor superior ao PAB-Ampliado não terão acréscimo no valor per capita.

Com o passar dos anos, o PAB estendido finalmente se fundiu ao PAB fixo. Essas alterações estão em consonância com a Lei Complementar nº 141 de 13 janeiro de 2012 que, em suas disposições complementares aponta:

- I. o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde;
- II. percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;
- III. critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde, destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados, destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;
- IV. normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

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 custos para a APS no âmbito do SUS:

#### Do Custeio da Atenção Primária à Saúde

Art. 9º O financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) será constituído por:

- I - capitação ponderada;
- II - pagamento por desempenho; e
- III - incentivo para ações estratégicas.

Parágrafo único. Os recursos de que trata o caput serão transferidos na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática, aos Municípios, ao Distrito Federal e aos Estados e repassados pelo Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde.

#### Seção II

##### Da Capitação Ponderada

Art. 10. O cálculo para a definição dos incentivos financeiros da capitação ponderada deverá considerar:

- I - a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SI-SAB);
- II - a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eSF e na eAP;
- III - o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na eSF e na eAP; e
- IV - classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Parágrafo único. O cálculo que trata o caput será baseado no quantitativo da população cadastrada por eSF e eAP, com atribuição de peso por pessoa, considerando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica.

Após a ocorrência dos fatores supracitados, houve melhorias na cobertura da atenção primária, principalmente nas regiões mais pobres. Porém, a EC-95 já implantada congelou a maioria dos gastos sociais a longo prazo, visando pelo menos os próximos 20 anos desde sua implantação, aumentando ainda mais a pressão sobre o financiamento e os esforços de realocação de recursos específicas para áreas mais necessitadas (GURGEL Jr *et al.*, 2019).

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).

A portaria nº 2.979/2019, mostra a necessidade de valorizar o desempenho das equipes de saúde e os serviços de Atenção Primária à Saúde para alcançarem melhores resultados, bem como, revelaram uma necessidade de revisa equitativamente a forma de financiamento federal da APS. É um financiamento híbrido, utilizado em muitos sistemas de saúde no mundo, principalmente em países que são vinculados com a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), onde os componentes podem ser alcançados gradativamente. O primeiro e principal componente é a chamada cabeça ponderada, que corresponder-se-á a cerca de 50% do investimento federal em APS, onde o valor anual é ponderado de acordo com as variáveis de vulnerabilidade pessoal (limite superior de idade menor que 5 anos ou maior que 65 anos, beneficiários do subsídio familiar, subsídios contínuos, máximo de dois salários-mínimos e benefícios da previdência social), além disso, há também a ponderação com relação ao contexto em que está determinado o processo de doenças.

Tais fatores fazem com que cidades menores e remotas obtenham um valor maior do que as cidades intermediárias. O segundo componente do modelo é o pagamento por resultado, onde 21 indicadores globais de qualidade da APS serão monitorados todos os meses e o município receberá mais recursos conforme o desempenho e o cumprimento de suas metas. Já

o terceiro e último componente é a recompensa, que está relacionado as estratégias e ao cuidado de pessoas vulneráveis (HARZHEIM *et al.*, 2020).

A portaria nº 2.979 cita os financiamentos do governo federal de custeio a APS, sendo constituído por capitação ponderada, pagamentos por desempenho e incentivo para as ações estratégicas.

Art. 12-G. O cálculo para a definição dos recursos financeiros para incentivo para ações estratégicas deverá considerar:

I - as especificidades e prioridades em saúde;

II - os aspectos estruturais das equipes; e

III - a produção em ações estratégicas em saúde.

Esses recursos serão transferidos na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática, aos municípios, ao Distrito Federal e aos estados e assim, repassados pelo Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Art. 12-H. O incentivo para ações estratégicas contemplará o custeio das seguintes ações, programas e estratégias:

I - Programa Saúde na Hora;

II- Equipe de Saúde Bucal (eSB);

III - Unidade Odontológica Móvel (UOM);

IV - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);

V - Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);

VI - Equipe de Consultório na Rua (eCR);

VII - Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);

VIII - Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);

IX - Microscopista;

X - Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP);

XI - Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade;

XII - Programa Saúde na Escola (PSE);

XIII - Programa Academia da Saúde;

XIV- Programas de apoio à informatização da APS;

XV - Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional;

XVI - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e

XVII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

Em síntese, aponta-se para a ampliação do acesso e do atendimento, chamado Saúde na Hora, que são programas de residência médica e multiprofissional (considerada padrão-ouro para a formação de profissionais brasileiros), a informatização (Conecte-SUS e Informatiza-APS) e a promoção e ações preventivas (saúde escolar, Instituto de Saúde). Já os incentivos voltados para os grupos menos favorecidos, como os moradores das áreas ribeirinhas e amazônicas e moradores de rua, responsabilizar-se-á adolescentes para a realização de ações de educação social (HARZHEIM *et al.*, 2020).

A Portaria nº 2.979/2019 preconiza que os cálculos para a definição dos recursos financeiros para os incentivos das ações estratégicas supracitadas deverão considerar sempre as especificidades e prioridades em saúde, bem como os aspectos estruturais das equipes e a produção de ações em estratégias de saúde.

A fim de manter a prioridade básica da APS para realizar a função do SUS, nos próximos anos, mais recursos financeiros devem ser alocados para a cabeça ponderada e a parte remunerada por desempenho. No último, novos indicadores devem ser adicionados apenas quando o valor absoluto do orçamento atribuído ao componente aumenta. Da mesma forma, o ideal é aumentar o valor da cabeça de forma absoluta e relativa. Em termos absolutos, até que o valor total repassado da Federação para a APS atinja cerca de 50% do custo total de investimento e manutenção da estratégia de APS, principalmente voltados para a equipe de saúde da família. Em termos relativos, o valor nominal deve chegar a 60% do total do financiamento federal (HARZHEIM *et al.*, 2020).

A aplicação destes incentivos de custeio federal, de acordo com a nova portaria é referente aos financiamentos tratados nos artigos 9º ao 12º-L, os quais devem ser destinados de forma autônoma, às ações e serviços da APS de acordo com o exposto na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 e, principalmente, na Lei Orgânica de Saúde.

A portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, determinou o incentivo fixo com base na população municipal ou do Distrito Federal transferido por 12 competências financeiras a partir do ano de 2020, calculadas da seguinte forma: valor per capita fixo anual de R\$5,95 multiplicado pela estimativa da população dos municípios ou do Distrito Federal, estabelecida em população pela portaria específica do Ministério da Saúde, de acordo com os dados populacionais divulgados pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

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.

Art. 3º A validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) para transferência dos incentivos financeiros federais de custeio está condicionada ao cumprimento dos seguintes critérios: (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 2º, caput)

I - credenciamento, pelo Ministério da Saúde, por meio de portaria específica, dos tipos de equipes, Agentes Comunitários de Saúde e serviços ofertados na APS. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 2º, I) (redação dada pela PRT SAPS/MS 32/2021)

II - cadastramento das equipes, Agentes Comunitários de Saúde e serviços ofertados na APS no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) pela gestão municipal, estadual ou do Distrito Federal; (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 2º, II)

III - definição e homologação, pelo Ministério da Saúde, dos códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe (INE) e aos Cadastros Nacionais de Estabelecimentos de Saúde (CNES) das equipes e serviços da APS credenciados e cadastrados no SCNES para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação; e (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 2º, III)

IV - ausência de irregularidades que motivem a suspensão da transferência, conforme disposto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no Programa Previne Brasil, e em normativas específicas que regulamentem a organização, funcionamento e financiamento de cada equipe e serviço da APS. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 2º, IV)

Esta portaria permite que os incentivos financeiros só sejam encaminhados sob o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações ocorridas 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 (D.O.U, 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.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

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.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- a. Sistematizar a produção identificada segundo autor, periódico e ano, objetivos e resultados;
- b. Compatibilizar os resultados com o arcabouço jurídico-legislativo no que tange o sistema de financiamento do Sistema Único de Saúde;
- c. Identificar se os repasses propostos pelas Leis através da Norma Operacional Básica convergem com os resultados dos estudos apresentados.

#### 4. MÉTODOS

Trata-se de 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 Online).

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 Assistência à Saúde”, “Assistência à Saúde” e “Financiamento dos Sistemas de Saúde”. Ao final foram encontrados um total de 55 artigos, dos quais:

a) 10 foram excluídos, por analisarem o funcionamento e o financiamento dos sistemas de saúde de outros continentes, usando o Brasil apenas como ponte para a realização da verificação;

b) 8 artigos foram excluídos por abordarem apenas o financiamento da aplicação e do uso de dispositivos médicos;

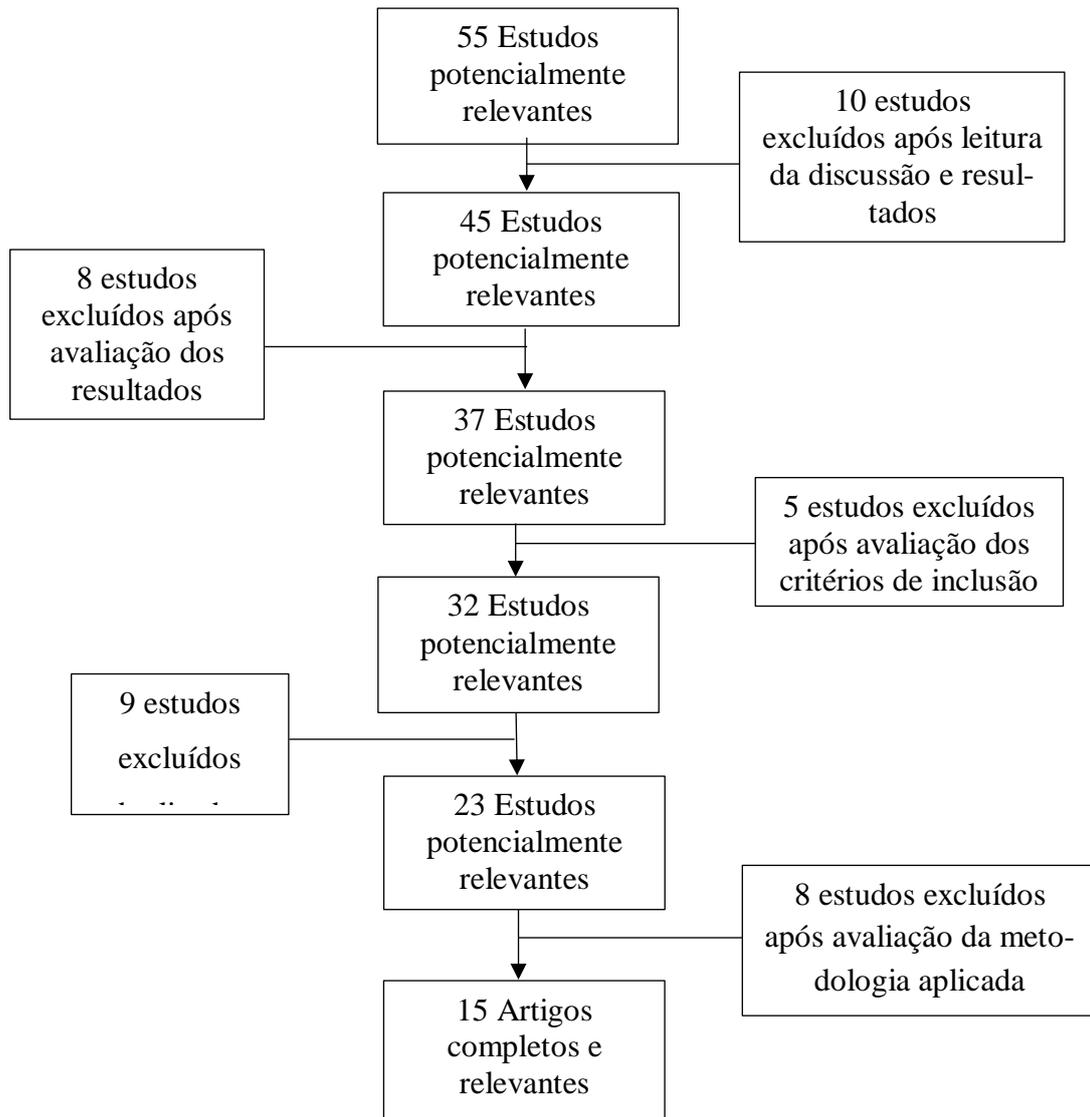
c) 5 foram excluídos pois não estavam no idioma preconizado para a pesquisa;

d) 9 estavam duplicados, tratando-se do financiamento de estados específicos do país voltados somente para a atenção secundária e terciária;

e) 8 foram excluídos por comparar os gastos de saúde pública do Brasil com países europeus selecionados pelos autores.

Ao final, restaram 15 textos selecionados para a revisão (Fluxograma 1).

**Fluxograma 1 – Apresentação da seleção de cada artigo componente**



Fonte: Produção pelo autor

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.

Também foi realizada uma pesquisa documental nas leis que regem o Sistema Único de Saúde, no geral, e o financiamento da atenção básica, em específico. Dentre outras:

- a) Lei nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;
- b) Lei nº 8.142/90;
- c) Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, regulamentando os repasses de fundo;

- d) Norma Operacional Básica (NOB) 01/1993;
- e) Emenda Constitucional 29/2000, que assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (não esquecer: na Lei Complementar nº 141/2012 e da Portaria nº 3.992/2017);
- f) Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011;
- g) Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019;
- h) Portaria da Atenção Primária a Saúde – Consolidação nº 1 de 2 de junho de 2021.

A renúncia fiscal de receita, apesar da sua grande influência no financiamento do SUS e sua ligação direta com o Produto Interno Bruto do país, não foi o foco do presente estudo e não houveram achados nos estudos sobre a tal.

Por se tratar de uma revisão integrativa, fazendo uso de bases de referências de acesso público, não houve a necessidade de encaminhamento para comitê de ética em pesquisa.

## 5. RESULTADOS

Na tabela 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) observou 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), irão tratar 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. Apontam 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 corporificam 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) tratam das estratégias de gestão em saúde no país. Estes apontam 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.

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

<b>Autor</b>	<b>Revista</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
Alves <i>et al.</i> , 2019	Saúde em Debate	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	Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitário	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	Ciência & Saúde Coletiva	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	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	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	Ciência & Saúde Coletiva	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	Ciência & Saúde Coletiva	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	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da UERJ.	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	Ciência & Saúde Coletiva.	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	Ciência & Saúde Coletiva	Analisar os efeitos da austeridade e crise econômica sobre o financiamento da saúde bucal, oferta e utilização de ser-	A austeridade fiscal tem forte influência sobre a utilização de serviços públicos odontológicos no

		viços públicos e acesso a planos exclusivamente odontológicos no Brasil, no período de 2003 a 2018.	Brasil, que pode beneficiar o mercado privado e ampliar as desigualdades.
Gurgel Jr <i>et al.</i> , 2019	Saúde em Debate	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	Ciência & Saúde Coletiva	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	Saúde em Debate	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	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade Federal de Minas Gerais	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	História, Ciências e Saúde.	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 díspares sobre a reforma da saúde no Brasil, no que tange seja ao seu sentido, seja ao seu legado.
Campelli; Calvo, 2007	Cadernos de Saúde Pública	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.

## 6. DISCUSSÃO

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 acrescendo 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), evidencia-se 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) evidenciam 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) demonstra 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. Levando 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; TEIXEIRA, 2014; 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 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).

## CONCLUSÃO

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 à 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, mostrou-se 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. DOI 10.1590/0103-11042019S513.

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**. 2020 abr./jun.; 9(2):74-98. <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i2.672>

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. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700012>

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. DOI 10.1590/1413-812320182412.25302019.

DIARIO OFICIAL DA UNIAO – D. O. U. **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>. Acesso em: 5 jun.

DIARIO OFICIAL DA UNIAO – D. O. U. **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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 5 jun. 2021.

DIARIO OFICIAL DA UNIAO – D. O. U. **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](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm). Acesso em: 5 jun. 2021.

DIARIO OFICIAL DA UNIAO - D. O. U. **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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). Acesso em: 5 jun. 2021.

DIARIO OFICIAL DA UNIAO - D. O. U. **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>. Acesso em: 4 jun. 2021.

DIARIO OFICIAL DA UNIAO - D. O. U. **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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm). Acesso em: 4 jun. 2021.

DIARIO OFICIAL DA UNIAO - D. O. U. **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>. Acesso em: 4 jun. 2021.

DIARIO OFICIAL DA UNIAO – D.O.U. **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. 13 nov. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 5 jun. 2021.

DIARIO OFICIAL DA UNIAO – D.O.U. **Portaria de Consolidação nº 1, de 2 de junho de 2021.** Consolidação das normas sobre Atenção Primária a Saúde. 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>. Acesso em: 22 jun. 2021.

DIARIO OFICIAL DA UNIAO – D.O.U. **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>. Acesso em: 24 ago. 2021.

ENTENDA o SUS. *In: Enfermagem:* profissionais são fundamentais para o acolhimento humanizado no SUS. 13 maio 2016. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/50972-enfermagem-profissionais-sao-fundamentais-para-o-acolhimento-humanizado-no-sus>. Acesso em: 4 jun. 2021.

FINANCIAMENTO do SUS. *In: Pense SUS:* A reflexão fortalece essa conquista., 21 jan. 2021. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/financiamento>. Acesso em: 4 jun. 2021.

Financiamento público de saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – **Brasília: Ministério da Saúde**, 2013. 124 p.: il. – (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1).

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. DOI 10.1590/1413-812320182412.25892019.

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. DOI 10.1590/0103-1104201912103.

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, 2020.

HARZHEIM, E., Santos CMJ, D'Avila OP, Wollmann L, Pinto LF. 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, 2020. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(2\)2354](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(2)2354).

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. DOI 10.1590/0103-11042018S115.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **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., 28 set. 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992\\_28\\_12\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html). Acesso em: 30 maio 2021.

MONTEIRO DE CASTRO MOREIRA, Laura. **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>. Acesso em: 10 abr. 2021.

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.

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://bvsms.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](http://bvsms.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). Acesso em: 30 maio 2021.

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. DOI 10.1590/1413-812320182412.23212019.

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. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)>.

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>

REVISTA DO TCU. Brasília: Tribunal de Contas da União, ano 34, n. 98, out.

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. DOI 10.1590/1413-812320182412.25582019.