

ISSN: 2527-1946

Número 96

Junho 2024

# CADERNO DE PESQUISA NEPP

Evolução do financiamento da atenção básica no Brasil

Evolução do financiamento da atenção básica no Brasil

Domenico Feliciello

Núcleo de Estudos de Políticas Públicas





**UNICAMP**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

**Reitor**

Prof. Dr. **Antonio José de Almeida Meirelles**

**Coordenador-Geral da Universidade**

Profa. Profª. Drª. Maria Luiza Moretti

**Pró-Reitor de Extensão e Cultura**

Prof. Dr. Fernando Antonio Santos Coelho

**Pró-Reitor de Desenvolvimento Universitário**

Prof. Dr. Prof. Fernando Sarti

**Pró-Reitor de Graduação**

Prof. Dr. Ivan Felizardo Contrera Toro

**Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Profa. Dra. Rachel Meneguello

**Pró-Reitor de Pesquisa**

Prof. Dr. João Marcos Travassos Romano

**Coord. Centros e Núcleos Interdisciplinares de Pesquisa**

Profa. Dra. Ana Carolina de Moura Delfim Maciel



**NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**Coordenador**

Profa. Dra. Ana Lucia Gonçalves da Silva

**Coordenador Associado**

Prof. Dr. Marcelo Weishaupt Pron

**Editores**

Cibele Yhan de Andrade

Dra. Roberta Rocha Borges

**Conselho Editorial do Caderno de Pesquisa NEPP**

Dra. Roberta Rocha Borges

Cibele Yhan de Andrade

Dra. Stella M. Barbera da Silva Telles

**Apoio Técnico**

Maria do Carmo de Oliveira

O Caderno de Pesquisa NEPP, de caráter multidisciplinar, escrito por pesquisadores, professores, estudantes de pós-graduação, membros associados e convidados, tem periodicidade semestral. Publica artigos inéditos, relatórios de pesquisa, pesquisas em andamento, entrevistas e resenhas relacionados com as múltiplas dimensões da política pública.

Entre 1987 e 2010, publicaram-se 83 números. Desde o número 84, o Caderno de Pesquisa NEPP foi remodelado e passa a ser publicado em versão eletrônica.

Considerações Éticas:

A responsabilidade pelos conteúdos publicados é exclusivamente do(s) autor (es), assim como a revisão ortográfica.

## **Evolução do financiamento da atenção básica no Brasil**

Domenico Feliciello\*

### **Resumo**

No presente texto busca-se estudar e avaliar as formas de financiamento da Atenção Básica em distintas sociedades ocidentais com foco predominante no Brasil, acompanhando os vários períodos históricos da evolução do campo da saúde, desde o século XIX, relacionando as com os aspectos de desenvolvimento econômico, político e social. Quanto ao surgimento e evolução de Centros de Saúde, posteriormente denominados como Unidades Básicas de Saúde observa-se a constituição de diferentes modelos assistenciais, de gerenciamento e formas de financiamento. Quanto à sociedade brasileira acompanhamos sua constituição a partir de 1920, sua evolução e os vários fatores determinantes nos diferentes períodos de evolução do Sistema Público de Saúde até a criação do SUS e, as formas de financiamento em distintas décadas, até 2021. Conclui-se que embora a Atenção Básica tenha ocupado local de destaque em inúmeras sociedades ocidentais, no caso do Brasil, apesar de sua importante evolução a partir do SUS, ainda se apresenta subalterna em relação à atenção especializada, principalmente privada, devido aos interesses privatizantes ainda predominantes no Sistema de Saúde Nacional.

**Palavras chaves:** Centro de Saúde; Atenção Básica; Atenção Primária; Sistema de Saúde; Sistema Público de Saúde.

### **Abstract**

This text seeks to study and evaluate the forms of financing Primary Care in different western societies with a predominant focus on Brazil, following the various historical periods of the evolution of the health field, since the 19th century, relating them with aspects of economic, political and social development. Regarding the emergence and evolution of Health Centers, later called Basic Health Units and Primary Health Care Networks, different models, management and forms of financing were established. As for Brazilian society, we followed its constitution from 1920, its evolution and the various determining factors in the different periods of progress of the Public Health System until the creation of the SUS and the forms of financing in different decades, until 2021. In conclusion that although Primary Care has occupied a prominent place in numerous western societies, in the case of Brazil, despite its important evolution from the SUS, it still appears subordinate in relation to specialized hospital medicine, mainly private, due to the still predominant privatization interests in the National Health System.

**Keywords:** Health Center; Basic Care; Primary attention; Health system; Public Health System

---

\* Doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp, pesquisador colaborador do NEPP/Unicamp e assessor do IPADS.

## **1 - Introdução**

Diferentes projetos de atenção à saúde em Centros de Saúde surgiram, a partir do final do século XIX e início do XX, em inúmeras sociedades, inclusive no Brasil, com variados objetivos, formas de organização e financiamento. Estas propostas emergiram num contexto no qual a preocupação com as camadas de pobres e migrantes eram crescentes nos grandes núcleos urbanos em diversos países, considerados como ameaças à sociedade e, requerendo a ação do estado e de setores privados e beneficentes.

Desde o século XIX, a medicina ocidental vinha evoluindo com base no desenvolvimento científico e tecnológico de variadas especialidades, que abordavam os órgãos e os sistemas anátomo-fisiológicos, como locais privilegiados de aparecimento das doenças, levando a constituição de clínicas (dispensários) e de hospitais especializadas, pois nestes locais possibilitava-se o acompanhamento clínico das doenças nos enfermos e, a aplicação de tratamentos sob a observação do médico (Felicello, 2021)

Entretanto, o acesso a esta medicina especializada, pelos pobres e imigrantes, vindos do meio rural ou de outros países para as áreas urbanas desde meados do século XIX, já era muito difícil e custoso e, as más condições de vida, trabalho e saúde nas grandes cidades, reconhecidas por diversos setores da sociedade, inclusive pelo Estado, originam a oferta de variados serviços ambulatoriais de apoio, mas isolados, duplicados e ineficientes (Rosen, 1979).

Os primeiros movimentos para a organização de Centros de Saúde podem ser detectados, na literatura, no período de 1910 a 1919 (Rosen, 1979) quando vários centros experimentais, que unificavam os serviços sociais e de saúde, voltados a camadas pobres e imigrantes das grandes cidades nos EUA, foram criados sob responsabilidade do estado e por agências privadas, sendo sustentados por fundos públicos, comunitários ou privados (Rosen, 1979).

Paralelamente, a medicina especializada passou a ser reforçada e aprofundada a partir de 1910 com o Relatório Flexner, voltado à reorganização das escolas médicas nos EUA, com base naquela concepção de desenvolvimento científico e tecnológico das especialidades, propondo a organização do ensino médico em disciplinas e laboratórios no ciclo básico e, em clínicas hospitalares especializadas no ciclo clínico.

Este modelo de ensino, totalmente integrado com a visão das especialidades médicas, passou a ser difundido e adotado pelas demais escolas médicas do ocidente e concretizado pelas profundas mudanças hospitalares ocorridas durante todo o século XIX, que não só incorporaram novos conhecimentos, instrumentos e equipamentos, mas passaram a contar com uma variedade grande de profissionais, além dos médicos e enfermeiros (Rosen, 1979) e, com novos processos de administração, provocando os custos crescentes desta assistência.

Assim, em 1920, o Comitê Dawson na Inglaterra recomenda a criação de um sistema de atenção à saúde com duas categorias de Centros de Saúde: um que oferecia assistência preventiva e curativa com clínicos gerais; e, outro com serviços especializados. As propostas foram detalhadas no Relatório Dawson, elaborado pelo governo inglês, que procurou:

De um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e, de outro, constituir-se em uma referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (Fausto, 2007)

Por sua vez, as questões relacionadas aos custos crescentes e ao financiamento da atenção médica especializada hospitalar passam a ser cada vez mais preocupantes, nas décadas seguintes, na medida em que esta atenção se transforma e, nela “a atenção médica é o principal objetivo e sua oferta é orientada principalmente por normas científico-tecnológicas e pelas exigências da racionalidade e economia organizacionais” (Rosen, 1979).

Os hospitais passam a ser considerados como instrumentos de cura no âmbito individual, principalmente a partir dos estudos da bacteriologia elaborados por Pasteur, Koch e Cohn e da introdução da anestesia e assepsia na cirurgia, incorporando clientela particular, dada sua maior eficiência do que o tratamento residencial que esta clientela utilizava, mas incapazes de responder ao conjunto de problemas de saúde da crescente sociedade urbano-industrial, especialmente das camadas mais pobres.

A criação e difusão dos Centros de Saúde (Ramos, 1972) para diversos países das Américas e Europa, principalmente antes e após a Primeira Guerra Mundial, bem como os vários modelos implantados, indicam as questões de saúde que as comunidades buscavam enfrentar, incluindo um variado conjunto de situações originadas de insuficiências econômicas, sociais, educacionais e de informação em saúde pública, levando a eclosão de doenças infecto-parasitárias ou de enfermidades originadas da má nutrição e das precárias condições de vida e trabalho.

De qualquer modo, o financiamento destes modelos foi prioritariamente público, através da contribuição de recursos municipais, ou locais e, secundariamente, oriundos de agências privadas, filantrópicas e particulares. Nesta perspectiva, já no final do século XIX e início do XX, algumas agências internacionais, originadas nos EUA, financiaram projetos em vários países, como a Cruz Vermelha Americana, a Fundação Rockefeller e, Commonwealth Fund<sup>1</sup>.

## **2 - Evolução dos Centros de Saúde e da Atenção Básica no Brasil**

O Brasil participou deste movimento de criação de Centros de Saúde, inicialmente através do Governo do Estado de São Paulo e, de seu Serviço Sanitário, cujo diretor Paula Souza que acompanhara o curso de saúde pública da Universidade Johns Hopkins por três anos, apresenta em 1925 seu projeto de criação de Centros de Saúde, constituindo-se na primeira iniciativa do país e da América Latina, financiada com recursos próprios do governo estadual.

Neste período ainda é possível detectar, em 1920, um novo marco importante da evolução sanitária brasileira com a reforma de Carlos Chagas que, reorganiza os Serviços de Saúde Pública e cria o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNS), em âmbito federal, que instituiu o modelo dos centros de saúde na administração sanitária brasileira a partir de 1934 (Campos, 2006).

Apesar da experiência do Estado de São Paulo sofrer vários retrocessos e avanços nas sucessivas administrações em São Paulo<sup>2</sup>, difundiu-se para outros governos estaduais nas décadas de 1930 a 1940, incluído Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia e Pernambuco, além do Distrito Federal (Ramos, 1972).

O DNS, em 1942, contava ainda com um total de 552 unidades de saúde, todas operando por meio dos departamentos estaduais de saúde, sob sua supervisão técnica. Neste período também se intensifica a discussão em torno da integração ou não das ações preventivas e assistenciais nos Centros de Saúde, em um cenário onde o governo de Getúlio Vargas implanta, no âmbito federal, setores verticalizados cada um atuando numa patologia

---

<sup>1</sup> O Commonwealth Fund é uma fundação privada dos EUA, criada em 1918, cujo objetivo declarado é "promover um sistema de assistência médica de alto desempenho que alcance melhor acesso, melhor qualidade e maior eficiência, principalmente para os mais vulneráveis e idosos da sociedade". Site: <https://www.commonwealthfund.org/about-us>.

<sup>2</sup> Em março de 1931, o sanitarista João de Barros Barreto assumiu a diretoria do Serviço Sanitário Estadual de São Paulo e, na sua gestão foi formada a Secretaria Estadual de Educação e Saúde Pública do Estado.

específica, como D. Chagas, Malária, Febre Amarela, entre outras, contando com recursos financeiros próprios, além de pessoal e estruturas específicas.

A 17 de julho de 1942 o governo federal autorizou ao então Ministério da Educação e Saúde (Brasil, 1930), organizar o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP - Decreto Lei nº 4.275, 17.4.1942), em cooperação com o Institute of Interamerican Affairs, criado em 1940 e coordenado por Nelson Rockefeller do Governo Americano. O SESP foi criado em paralelo ao Ministério de Educação e Saúde, com grande autonomia, recursos estrangeiros e estrutura e pessoal com gerência autônoma.

Na realidade, a criação do SESP resultou de Resolução da Terceira Reunião dos Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas, realizada no Rio de Janeiro do mesmo ano, objetivando a cooperação das Américas para defesa da região, culminando com a assinatura de acordo entre EUA e Brasil, representados pelos respectivos Ministérios de Educação e Saúde. Posteriormente foi assinado convênio básico, que estabelecia o desenvolvimento de atividades de saneamento, profilaxia da malária e assistência médico-sanitária às populações da Amazônia, onde se extraía a borracha, necessária ao esforço de guerra (Ramos, 1972; Campos, 2006).

5

O contrato assinado previa a profilaxia e estudo da malária, a colaboração com o Serviço Nacional de Leprosia, o treinamento de trabalhadores da Saúde, serviços de abastecimento de água e esgoto e a criação de Centros de Saúde. O programa iniciado na Amazônia expandiu-se posteriormente a todas as unidades federadas até 1958, com grande diversificação das atividades, incluindo a organização de Centros de Saúde, inicialmente com o propósito de oferecer ações preventivas. Os recursos para financiamento das atividades provinham em parte significativa dos EUA, da Fundação Kellogg, prevendo a participação do governo federal.

Campos (2006) detecta quatro pilares de sustentação do novo projeto de saúde pública do SESP no Brasil: capacitação de pessoal de saúde; educação sanitária; estabelecimento de uma rede horizontal integrada de unidades de saúde (centros de saúde); e expansão desta rede pelos departamentos estaduais de saúde (Campos, 2006). Para o autor, a proposta de Saúde pública do SESP não era conflitante com as das Diretorias de Saúde dos Estados, inclusive no que diz respeito ao modelo de Centros de Saúde (Barreto, 1942 apud Campos, 2006).

Entretanto, se inicialmente as ações preventivas eram priorizadas em detrimento das curativas, a evolução das ações do SESP demonstrou sua incoerência, especialmente em áreas

que não possuíam serviços assistenciais e nem acesso a demais distritos. Por outro lado, na avaliação da SESP as ações curativas eram mais caras que as preventivas, na medida que exigiam a presença dos médicos, além de vários serviços de retaguarda e de assistência farmacêutica. Efetivamente a partir de 1948 o SESP assumiu a assistência nas suas áreas de atuação, o que já vinha sendo discutido no 7º Congresso Brasileiro de Higiene (Ramos, 1972).

Esta decisão da SESP tinha como apoiadores grande parte dos setores estaduais de saúde, especialmente das regiões norte e nordeste, onde se localizava sua principal atuação, frente a grande ausência do governo federal. Apesar de ser conflitante com as diretrizes do governo federal, que vinha construindo um modelo verticalizado e especializado (ver adiante) na saúde pública, sua atuação por longo período foi importante, uma vez que significava a presença do Estado brasileiro e a integração das regiões norte e nordeste ao modelo nacional (Campos, 2006).

Assim, somente na década de 1950 se disseminam as concepções e discussões sobre a integração da prevenção e assistência nos Centros de Saúde, multiplicando ações práticas (Ramos, 1972), por influência do SESP e da ação dos Governos Estaduais, contrariando as diretrizes federais, mesmo após a criação do Ministério da Saúde em 1953.

No entanto, este modelo de assistência à saúde através de Centros de Saúde, integrados ou não e, da Política de Saúde Pública do nível federal centralizada, em conflito com a descentralização proposta pela SESP e governos estaduais, foi preterido na medida em que uma nova proposta de atenção à saúde vinha ganhando espaço através da medicina previdenciária (veja Anexo II), voltada à atenção individual, especializada e hospitalocêntrica da crescente massa de trabalhadores, originada, por um lado, pelo modelo flexineriano aplicado às Escolas Médicas (Perillo, 2008) e, pelas demandas das políticas de industrialização, urbanização e modernização do País, por outro.

No Brasil esta evolução é largamente conhecida, caracterizada pela dicotomia entre saúde pública comandada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1953) e Secretarias Estaduais de Saúde e, a atenção médico-hospitalar previdenciária comandada pelo Sistema Previdenciário (Brasil, 1974). Este modelo estava assentado na oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares organizados por especialidades médicas e, de cunho curativo, na medida em que o trabalhador necessitava ser prontamente restabelecido para voltar ao trabalho.

Dado o custo crescente deste modelo de atenção médica especializada individual, centrada apenas na doença momentânea do trabalhador e assentada no desenvolvimento

tecnológico do setor, em termos de equipamentos, instrumentos, medicamentos, espaços e equipes necessárias, logo percebeu-se seus limites frente ao quadro de necessidades de saúde da população brasileira, que associava: doenças infecto-parasitárias e decorrente das más condições de vida e trabalho; doenças crônicas e neoplásicas; estados mórbidos resultantes de acidentes, violência e condições de trabalho; e, saúde mental.

Além disso as formas de contratação, pagamento e controle dos serviços, majoritariamente comprados pelo INSS e depois pelo INAMPS, mostraram-se como fontes inesgotáveis de mal uso do dinheiro público, da previdência social, centralizado em âmbito do governo federal. A esta situação acrescia-se a necessidade de incluir novas camadas de trabalhadores, de baixa renda, nesta assistência previdenciária, ao lado de uma massa crescente de população totalmente desassistida, à margem do sistema capitalista produtivo nacional, que se aglomerava nas periferias de grandes centros urbanos, ou nas regiões mais pobres do país.

Ou seja, um sistema de atenção médico especializado e hospitalar extremamente caro, sem condições de expansão, ineficiente frente ao quadro epidemiológico e mantendo parcelas significativas da população à margem. Na realidade, este quadro foi se agravando na medida em que o modelo previdenciário se expandia e o modelo de Saúde Pública, verticalizado e especializado somente era ativado quando da eclosão de doenças infectocontagiosas que ainda alastravam-se no país.

### **3 - Crise da Medicina Previdenciária e Movimento Sanitarista no Brasil**

Em meados da década de 1970 inicia-se a grande crise previdenciária, em termos econômicos, de modelo e político institucional, decorrente de sua própria evolução, do sistema de financiamento e, dos erros acumulados<sup>3</sup>. Para sua resolução momentânea o governo reconhece os gastos excessivos com assistência médica e que devem ser limitados, agravando a situação do setor, mas, levando a busca de novas soluções, como o Prev-Saúde e o Plano CONASP (ver adiante).

Paralelamente a esta situação, em âmbito dos municípios onde as más condições de vida, trabalho e saúde a todo momento eclodiam, exigindo soluções dos governos locais, a

---

<sup>3</sup> A esse respeito pode-se consultar extensa bibliografia, da qual indicamos as obras mais significativas: a) MELLO, Carlos Gentile – O Sistema de Saúde em Crise. CEBES – HUCITEC, SP 1981; b) BRAGA, José Carlos de Souza e PAULA, Sérgio Góes – Saúde e Previdência, Estudos de Política Social. CEBES – HUCITEC, SP 1981; c) POSSAS, Cristina – Saúde e Trabalho, A Crise da Previdência Social. Ed. Graal, RJ, 1981; d) OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo e TEIXEIRA, Sônia M. Fleury – (Im)Previdência Social, 60 anos de História da Previdência no Brasil. Ed. Vozes, Petrópolis RJ, 1985.

proposição de serviços que pudessem ser financiados pelo INAMPS vai se estreitando e o poder municipal, em busca de alternativas, passa a investir recursos próprios na saúde. Neste contexto se insere um conjunto de propostas originadas no setor das escolas médicas, posteriormente implementadas em parceria com o poder municipal.

Os Departamentos de Medicina Preventiva (DMPS) “foram a base na qual se desenvolveu a produção de conhecimentos sobre o estado de saúde da população e sobre a organização das práticas sanitárias, produção esta, frequentemente articulada com modelos experimentais de organização da prática médica, quer para efeito de demonstração, quer para finalidades didáticas (Donnangelo, 1983 apud Escorel, 1999).

No entanto estes modelos, bem como suas bases conceituais eram muito diferentes abrangendo práticas distintas de saúde coletiva, medicina comunitária e medicina da família, entre outras

Segundo Andrade, Alves, Carvalho e Silva Jr. (2018):

Tais programas experimentais apresentavam uma série de contradições. Por um lado, foram financiadas por organizações dos países centrais (por exemplo, a Fundação Kellogg e Ford), diretamente apoiadas pelo governo americano, e carregavam nelas concepções focalizadas e restritas dos serviços de saúde e elementos do modelo liberal da prática médica, o que resultou em críticas profundas do movimento sanitário latino-americano.

Para Escorel (1999), na realidade os DMSP estruturaram três correntes de pensamento do campo da saúde levando a práticas e modelos diferenciados (Paim, 1985 apud Escorel, 1999):

As três correntes de pensamento podem ser divididas segundo a conceitualização do ‘social’ em saúde: para o preventivismo, tratava-se de um conjunto de atributos pessoais como educação, renda, salário, ocupação etc.; para o modelo racionalizador, um coletivo de indivíduos; para a abordagem médico-social, um campo estruturado de práticas sociais.

Estas experiências acadêmicas foram financiadas com recursos próprios das IES, uma vez que muitas se constituíam em estágios curriculares e contando com recursos externos de agências internacionais, especialmente das Fundações Ford e Kellogg. De qualquer forma seja com base em modelos de Integração Docente Assistencial, seja em Centros de Saúde Comunitários ou em Programas de Saúde da Família, várias propostas de Centros de Saúde surgiram, em contraposição aos modelos da tradicional Saúde Pública dos governos Federal e Estaduais, muitos em parceria com os municípios, contando com recursos próprios dos municípios e a colaboração de alguns recursos internacionais.

No final da década de 1970, essas primeiras experiências em atenção primária começaram a ganhar visibilidade, dando o tom na formulação de novas abordagens e formas de organização da atenção em saúde em uma perspectiva de serviços de APS

integrados ao sistema de saúde no nível local. Foram exemplares, neste sentido, as experiências na organização de serviços de saúde, nos municípios de Campinas, Londrina, Niterói, São Paulo, e o projeto Montes Claros (Rodrigues; Matta, 2007).

Segundo Morosini e Corbo (2007) o Ministério da Saúde, com base nestas experiências, principalmente a de Montes Claros, aprovou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Nordeste (Decreto nº 78.307, de 24/8/1976), bem como sua intensificação e expansão para o período 1980-1985 (Decreto nº 84.219, de 14/11/1979).

Nesse programa, as áreas de saúde previam o uso de tecnologias mais simples, com utilização ampla de pessoal auxiliar e agentes de saúde residentes nas comunidades. Tinha como propósito criar uma infraestrutura de saúde pública para uma rápida expansão na cobertura de áreas de alcance coletivo (Morosini; Corbo, 2007).

Esta experiência apresentou uma expansão importante até 1978 (Escorel, 1999), como uma proposta seletiva para regiões mais pobres do país, propondo a organização de um sistema hierarquizado, com os Centros de Saúde como porta de entrada, sendo posteriormente abandonada no contexto de discussão de “novas diretrizes políticas do MS estavam concentradas na atenção primária e nos serviços básicos. Com esta ideia-chave foi programada a VII Conferência Nacional de Saúde e elaborados o PRÓSAÚDE e o PREVSAÚDE” (Escorel, 1999). O PIASS foi inicialmente financiado com recursos da USAID, buscando também a colaboração do INAMPS que se efetivou de modo ineficiente com diminuição de recursos e de novos contratos, principalmente com as mudanças do novo governo Figueiredo<sup>4</sup>.

Além do Brasil, nas décadas de 1960 e 1970, muitos países desenvolveram tais programas de extensão de cobertura e o resultado das várias experiências em curso levou a OMS a organizar a I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde, que, em linhas gerais, propôs a APS como estratégia para ampliar a cobertura dos sistemas nacionais de saúde e, conseqüentemente, alcançar as metas do Programa Saúde Para Todos no Ano 2000<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> A Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, USAID, é um órgão do governo dos Estados Unidos encarregado de distribuir a maior parte da ajuda externa de caráter civil. Fundada em 3 de novembro de 1961 por John F. Kennedy. atua como um reforço à política externa dos EUA, cooperando com os países receptores nas áreas de economia, agricultura, saúde, política e assistência humanitária. No entanto, a agência já foi objeto de críticas e acusada de trabalhar em colaboração com a CIA ou de realizar atividades de inteligência na desestabilização de governos não alinhados com as políticas dos EUA.

<sup>5</sup> Em termos conceituais, foi a partir da Conferência de Cuidados Primários em Saúde, realizada no ano de 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão, que se buscou uma definição para APS.

Com o aprofundamento da crise previdenciária e do seu modelo de assistência médica, crescem as preocupações do MS e do INAMPS quanto ao sistema de saúde a ser implementado, surgindo a proposta do Prev-Saúde, como universalização do PIASS e propondo a integração dos vários serviços públicos e privados contratados, sob coordenação pública, que efetivamente não saiu do papel, devido a contraposição do setor privado.

Assim, surge o CONASP como alternativa (Brasil, 1981) à crise, além de um conjunto de medidas que aumentavam a arrecadação previdenciária e racionalizavam seus gastos. A partir das diretrizes do Plano elaborado pelo CONASP foram criadas e implementadas duas propostas consideradas precursoras do SUS: as AIS – Ações Integradas de Saúde (1984) e o SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (1987) e, logo na sequência em 1988 foi aprovada a nova Constituição Federal que instituía o SUS<sup>6</sup>. Na sequência foi aprovada a Lei 8080, Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990) e um conjunto de normas operacionais para sua implantação.

Por um lado, estas novas políticas efetivaram primeiramente a municipalização dos Centros de Saúde e a colaboração do INAMPS, com recursos financeiros, para administração da futura Rede Básica do SUS, possibilitando a unificação de recursos federais, estaduais e municipais através dos Fundos de Saúde.

Por outro lado, não foi concretizada uma proposta madura de modelo técnico-assistencial e nem de financiamento adequado da Rede Básica do SUS, uma vez que estas unidades ainda eram consideradas como qualquer serviço de saúde contratado pelo INAMPS, pago a partir de procedimentos realizados (produtividade), além de se constituírem num conjunto muito heterogêneo, dadas as diversidades de projetos e modelos, conforme vimos acima, e as extremas diferenças regionais do país.

De qualquer modo a rede de Centros de Saúde passava a contar com recursos das três esferas de governo para seu custeio, ou seja, um financiamento mais efetivo e, a responsabilização, em lei, do nível municipal para sua organização e administração. Entretanto, o volume de recursos federais para a saúde, no SUS, e as normas para sua descentralização e gastos, carregam uma série de limites que repercutem no financiamento da AB.

---

<sup>6</sup> Indicamos, nesta retrospectiva, apenas os movimentos políticos institucionais envolvidos com a criação do SUS, mas devemos lembrar a ocorrência de várias ações políticas que vieram a constituir o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que se expressou de modo consistente na VIII Conferência Nacional de Saúde (1988) definindo as grandes diretrizes e principais características do SUS, que foram negociadas pelos representantes deste movimento com a Assembleia Constituinte.

#### 04 - Os Gastos em Saúde na Década de 1990 e Financiamento da Atenção Básica

No início do SUS, na década de 1990, observa-se uma queda acentuada dos gastos federais, conforme tabela a seguir, que mostra em 1991 um volume de recursos próximos ao início da década de 1980, após elevação de quase 50%, nos anos anteriores (Marques, 1999).

**TABELA 01 - Brasil - Aporte Federal de Recursos para Saúde-Número Índices 1980 a 1997**

A N O	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97
%	100	92	99	77	80	92	99	143	135	153	128	107	89	112	99	120	106	108

FONTE: Marques (1999), Os dados foram agrupados considerando o ano de 1980 como o ano base (1980=100).

Ou seja, o SUS nasce com subfinanciamento de recursos federais, que na década de 1990 oscilam num patamar de recursos próximos a 1980, confirmando que o sistema foi efetivamente uma alternativa de diminuição dos gastos federais em saúde.

Apesar da saúde integrar a Seguridade Social, a contribuição do financiamento da seguridade representou entre 25% e 48% dos recursos do MS na década de 1990. Sendo o restante composto por diversas fontes de recursos, conforme indicado na Tabela 02 abaixo, mesmo após a criação da CPMF em 1997, a qual contribuiu com 22% a 37% do volume de recursos do MS, aliviando as fontes vindas das Contribuições do Lucro Líquido (Fonte 151) e da Seguridade Social (Fonte 153). Neste quadro: “A história do financiamento federal da saúde tem mostrado um quadro de instabilidade das fontes financiadoras e de oscilações nos montantes destinados ao setor” (Mansur, 2001).

**TABELA 02 - Fontes de Recursos do Ministério da Saúde – 1992 a 2000 - % em relação ao total**

FONTE DE RECURSOS	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
100 – RECURSOS ORDINÁRIOS	12,10	18,00	0,60	3,24	0,20	1,04	10,78	15,09	3,03
144 – TÍTULOS DE RESPON. DO TESOURO	0,30	10,70	3,30	2,68	3,37	2,80	0,19	0,27	0,26
150 – REC. DIRETAMENTE ARRECADADOS	-	-	1,90	2,31	2,28	2,20	2,40	3,35	3,03
151 – CONTRIB. SOC. S/ O LUCRO LÍQUIDO	1,40	15,80	17,00	20,23	20,68	19,33	7,98	13,15	13,30
153 – CONTRIB. P/ O FIN. DA SEGUR. SOCIAL	30,20	38,10	27,50	48,77	42,25	25,57	25,95	26,32	34,60
154 - CONTRIB. S/ A FOLHA DE SALÁRIOS	55,90	17,40	-	-	-	-	-	-	-
155 – CONTRIB. PROV. SOBRE MOV. FINANC.	-	-	-	-	-	27,86	37,04	22,04	37,10
199 – RECURSOS DO FSE / FEF / DRU a	-	-	33,20	11,73	17,93	19,63	13,27	14,49	-
DEMAIS RECEITAS PARA A SAÚDE	0,10	-	16,50	11,04	13,29	1,57	2,39	5,29	8,70
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>100,00</b>								

FONTE: Mansur, 2001 - elaboração da autora a partir de dados do MS e SIAFI / STN

a) Na execução orçamentária do ano 2000, a fonte 199 aparece como fonte 175. (fonte 175: desvinculação de impostos e contribuições sociais); b) A fonte 155 se refere a CPMF; c) A fonte 199 refere-se aos diversos fundos de desvinculação de receitas; d) O orçamento de 2000 é estimado. As barras referem-se ao peso de cada Fonte de Recurso no respectivo ano.

Por outro lado:

Quando a Contribuição sobre a Movimentação Financeira - CPMF - foi criada, a princípio o problema da instabilidade no financiamento do setor seria contornado, pois a nova contribuição proporcionaria um plus de recursos para o setor, ampliando a receita destinada anualmente ao financiamento do Ministério da Saúde. Como não houve vinculação exclusiva da receita da CPMF para o setor, como previa a emenda constitucional, a instabilidade continuou a existir (Mansur, 2001).

Assim, a discussão sobre a vinculação de receitas à saúde, que se iniciou desde o começo da década de 1990, se acentua apesar do levantamento dos aspectos negativos desta vinculação, nascendo assim a PEC 82-C (aprovada como PEC-29, 2000) (Brasil, 2000) a despeito das discussões sobre a reforma fiscal, também iniciada, mas arquivadas pelo congresso, (Mansur, 2001).

Quanto à execução destes recursos federais no período, a Tabela 03 a seguir indica que os gastos com média e alta complexidade (MAC), incluindo atendimento ambulatorial e hospitalar com especialidades médicas, urgência e emergência e, procedimentos especializados de diagnóstico e tratamento, se constituíram no item mais elevado de gastos, perfazendo mais de 53% dos gastos totais em cada ano e apresentando um crescimento no período de 40%.

12

**TABELA 03 - BRASIL - Evolução dos Gastos do Ministério da Saúde - 1994-1999**  
(em R\$1 milhão)

ITENS	EXECUTADO						CRESCIM 94 - 99
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
<b>ASSISTÊNCIA MÉDICA</b>	<b>9.323</b>	<b>12.554</b>	<b>12.522</b>	<b>14.178</b>	<b>13.616</b>	<b>13.048</b>	<b>40%</b>
Média e Alta Complexidade	9.323	10.673	10.711	12.034	11.001	10.693	15%
Atenção Básica	-	1.757	1.650	1.928	2.318	1.999	14%
Saúde da Família	-	124	160	216	297	356	187%
<b>VISA</b>	<b>287</b>	<b>365</b>	<b>350</b>	<b>789</b>	<b>777</b>	<b>1.031</b>	<b>259%</b>
CONTROLE DE ENDEMIAS	131	229	128	543	483	597	356%
VACINAS	142	131	171	218	228	289	104%
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	14	5	51	28	66	145	936%
<b>MEDICAMENTOS</b>	<b>368</b>	<b>668</b>	<b>332</b>	<b>763</b>	<b>750</b>	<b>1.054</b>	<b>186%</b>
INVESTIMENTOS	690	595	308	444	675	863	25%
SANEAMENTO BÁSICO	96	102	84	214	332	399	316%
COMBATE ÀS CARÊNCIAS NUTRICI	95	203	45	136	78	153	61%
DEMAIS CUSTEIOS	1.762	884	867	918	892	852	-52%
<b>SUBTOTAL</b>	<b>12.620</b>	<b>15.371</b>	<b>14.465</b>	<b>17.443</b>	<b>17.121</b>	<b>17.402</b>	<b>38%</b>
PESSOAL	4.557	5.923	5.522	5.355	5.262	4.755	4%
AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA	-	2.156	720	2.400	3.075	170	-92%
<b>TOTAL GERAL a</b>	<b>17.177</b>	<b>21.294</b>	<b>20.708</b>	<b>25.198</b>	<b>25.459</b>	<b>22.327</b>	<b>30%</b>

FONTES: Ministério da Saúde. Obs.: valores atualizados para dez. 2000 pelo IGP-DI; (a) para o ano de 1994 não estão incluídos no total geral os valores referentes à amortização da dívida. In MARQUES (1999). As barras em verde referem-se ao volume de recursos indicando a magnitude dos valores encontrados. As barras em laranja referem-se apenas à comparação dos valores da coluna CRESCIM.

Em termos de AB, incluindo a Saúde da Família a partir de 1997 (Brasil, 1997), observa-se que o peso relativo entre os gastos anuais não ultrapassa os 10%, apesar do expressivo crescimento dos recursos da Saúde da Família, no período. Os gastos com Vigilância da Saúde (VISA) e Atenção Farmacêutica (Medicamentos) apresentam significativo crescimento no período, de 259% e 186%, respectivamente, no entanto, o volume de recursos anuais de cada área correspondeu a 3%, em média, no período.

Nota-se que os gastos dos recursos federais em saúde foram executados pelas três esferas de governo, dado o processo de descentralização de recursos e responsabilidades do SUS, em curso. Inicialmente o envio de recursos federais, para estados e municípios, eram calculados sobre capacidade instalada e produção, mas as Normas Operacionais propostas no SUS, NOB/SUS-93 e NOB/SUS-96, criaram formas de descentralização dos recursos federais, a partir das características dos entes federados, dos serviços públicos existentes no seu território, da área de atração destes serviços (municipal e regional), de sua produção e, da capacidade de gestão e gastos dos gestores do SUS (SES e SMS).

Além disso, as NOBs criaram formas de repasse de recursos segundo o tipo de atividade: atenção básica, atenção de média e alta complexidade; internação hospitalar; vigilância epidemiológica e sanitária; entre outras, calculadas inicialmente a partir de histórico de produtividade e definindo tetos financeiros de cada unidade federada (estados e municípios).

Quanto a Atenção Básica, a NOB/SUS 96 implementou uma nova alternativa de financiamento com base em um valor per capita, compondo o Piso de Atenção Básica (PAB), calculado com base na população do IBGE, o que estimularia os municípios, que não tinham rede básica, a iniciar sua implantação, a partir de sua habilitação na forma Plena da Atenção Básica.

Além do PAB, esta NOB cria o Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criando acréscimos percentuais do PAB de acordo com as coberturas de PSF e PACS, em cada município (Brasil, 1997).

A partir desta NOB, a municipalização ocorre com grande aceleração, de modo que 98,98% dos municípios já haviam se habilitado a alguma forma de gestão até final de 2000, principalmente na gestão Plena da Atenção Básica (Mansur, 2001) - ver tabela a seguir.

TABELA 04 - Habilitação dos municípios segundo as condições de gestão da NOB/SUS 01/96 em 12/2000

ESTADO	TOTAL DE MUNICÍPIOS	PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA		PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL		TOTAL DE PLEITOS APROVADOS	
		MUNIC.	%	MUNIC.	%	MUNIC.	%
AC	22	16	72,73	1	4,55	17	77,27
AL	101	86	85,15	14	13,86	100	99,01
AM	62	53	85,48	6	9,68	59	95,16
AP	16	13	81,25	1	6,25	14	87,5
BA	415	398	95,9	12	2,89	410	98,8
CE	184	155	84,24	29	15,76	184	100
ES	77	42	54,55	35	45,45	77	100
GO	242	227	93,8	15	6,2	242	100
MA	217	170	78,34	44	20,28	214	98,62
MG	853	776	90,97	55	6,45	831	97,42
MS	77	68	88,31	8	10,39	76	98,7
MT	126	125	99,21	1	0,79	126	100
PA	143	106	74,13	33	23,08	139	97,2
PB	223	217	97,31	6	2,69	223	100
PE	185	171	92,43	14	7,57	185	100
PI	221	220	99,55	1	0,45	221	100
PR	399	386	96,74	13	3,26	399	100
RJ	91	71	78,02	20	21,98	91	100
RN	166	155	93,37	10	6,02	165	99,4
RO	52	41	78,85	11	21,15	52	100
RR	15	14	93,33	1	6,67	15	100
RS	467	454	97,22	10	2,14	464	99,36
SC	293	273	93,17	20	6,83	293	100
SE	75	75	100	0	0	75	100
SP	645	480	74,42	159	24,65	639	99,07
TO	139	135	97,12	4	2,88	139	100
BRASIL	5.506	4.927	89,48	523	9,5	5.450	98,98

FONTE: Secr. Assistência à Saúde do Ministério da Saúde apud BRASIL (2001) - MANSUR, 2001

Quanto a participação dos municípios nos gastos em saúde, estudo de uma amostragem de municípios realizado em 1998 com 1.061 municípios de um total de 5.505, ou seja, com cerca de 20% de abrangência, indicou que: *“pode-se observar que em todas as faixas populacionais há um elevado percentual de participação própria no financiamento. Os percentuais de receita própria do município aplicadas em saúde, por faixa de população dos Municípios, varia de 14,88% a 25,1%”* (Mansur, 2001).

Segundo dados do Conselho Nacional de Saúde, em 1998 a participação relativa no financiamento da saúde, da União, Estados e Municípios era de 57,4%, 8,7% e 33,6%, respectivamente (Brasil, 2000 apud Mansur, 2001). De qualquer modo, a participação dos municípios nos gastos em saúde já se mostrava acima do percentual que seria posteriormente aprovado pela PEC 29 em 2000 (Tabela 05).

**TABELA 05 - Participação dos Municípios no Financiamento das Ações de Saúde no Brasil - 1998**

Faixas de Abrangência (populacional)	Nº de Municípios Brasileiros por Faixa	Total dos Municípios Analisados	Abrangência da Análise (%)	Abrangência Populacional	Receita PP Aplicada em Saúde (%)	Receita TT Aplicada a Saúde (%)	Participação das Transf. do MS no Financiam. das Despesas Saúde (%)	Participação dos Investimentos nas Despesas Saúde (%)	Gasto "per capita" R\$ 1,00
Até 5.000 hab.	1.414	249	17,61	799.410	15,44	14,3	17,78	14,08	93,48
5.001 - 10.000	1.299	214	16,47	1.532.950	18,01	16,06	26,73	13,37	68,15
10.001 - 20.000	1.376	248	18,02	3.488.992	17,38	16,28	30,04	12,14	60,97
20.001 - 50.000	926	180	19,44	5.498.643	17,21	17,35	33,77	10,67	62,84
50.001 - 100.000	280	89	31,79	6.491.675	14,88	18,4	39,69	8,6	63,11
100.001 - 200.000	110	45	40,91	6.208.326	15,52	19,71	40,36	7,06	85,05
200.001 - 400.000	59	20	33,9	5.396.002	15,87	17,45	34,92	8,36	74,78
400.001 - 800.000	25	8	32	4.010.464	25,1	32,28	45,05	1,95	161,53
Acima de 800.000	16	8	50	10.356.723	22,4	25,94	45,5	6,25	120,09
Totais e Índices Médios da Amostra	5505	1061	19,27	43.783.185	-	-	-	-	96,09

Fonte: MANSUR, 2001 - MS (dados SIOPS), 2000.

**OBSERVAÇÕES SOBRE AS VARIÁVEIS DA TABELA:**

**Receitas Próprias do Município Aplicadas em Saúde** =  $[\text{Despesa Total com Saúde} - (\text{Transferência da União para o SUS} + \text{Ressarcimento p/Prestação de Serviços / SUS}) \times 100] \div (\text{Impostos} + \text{Dívida Ativa Tributária/Impostos} + \text{Cota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios} + \text{Transferências do Imposto de Renda Retido na Fonte} + \text{Cota-Parte do IPI/Exportação} + \text{Cota-Parte Impostos s/ Operações de Crédito, Câmbio} + \text{Outras Transferências Constitucionais/Legais da União} + \text{Cota-Parte do ICMS/Estado} + \text{Cota-Parte do IPVA/Estado})$

**Receita Total Aplicada em Saúde** = Despesa Total com Saúde  $\div$  Receita Total Município X 100

Participação das Transferências do MS (SUS) no Financiamento da Saúde = Transferências do MS/FNS para o SUS  $\div$  Despesa Total com Saúde x 100

Participação dos Investimentos nas Despesas com Saúde = Investimentos em Saúde  $\div$  Despesa Total com Saúde x 100

**Gasto "per capita" em Saúde** = Despesa Total com Saúde  $\div$  População do Município

Conforme a Portaria GM 1882, de 18 de dezembro de 1997, o PAB consiste em recursos destinados exclusivamente à AB, transferidos aos municípios de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. (Brasil, 1997), sendo composto de uma parte fixa e de uma parte variável, a qual inclui o PSF e PACS<sup>7</sup>.

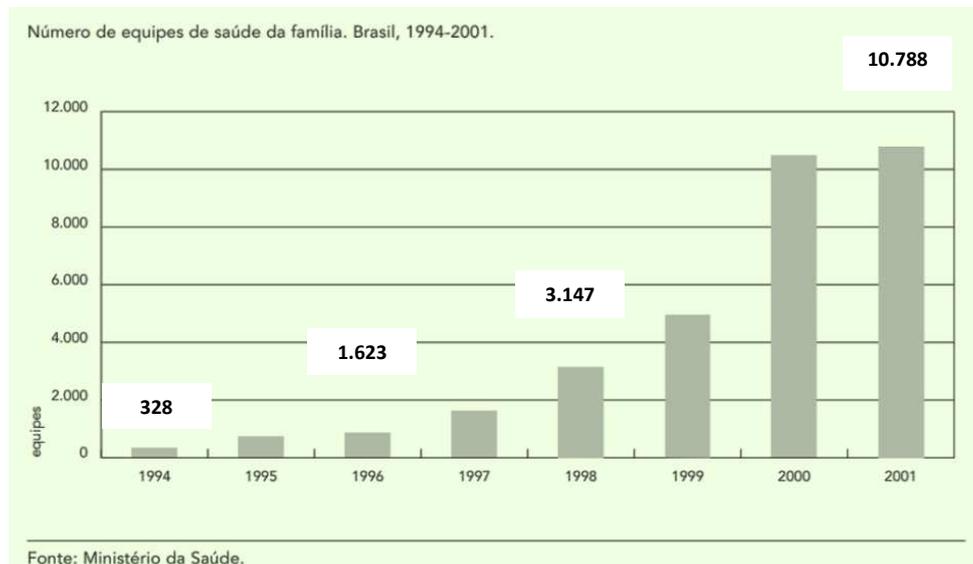
O incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família consiste no montante de recursos financeiros destinado a estimular a implantação de equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde, no âmbito municipal, reorientando práticas, com ênfase nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (Brasil, 1997).

No período 1994-2001, o crescimento do PSF foi significativo, registrando-se 328 equipes de saúde da família em 1994 e 10.788 em 2001 (gráfico abaixo). Nesse último ano, o

<sup>7</sup> A parte variável do PAB destina-se a incentivos às ações básicas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, à Assistência Farmacêutica Básica, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família, de Combate às Carências Nutricionais e outros que venham a ser posteriormente agregados e será definida com base em critérios técnicos específicos de cada programa, pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (MS, 1997).

PSF estava presente em 4.266 municípios, prestando assistência integral a 36 milhões de brasileiros.

**GRÁFICO 01 – Evolução das equipes de Saúde da Família no Brasil, de 1994 a 2001**



Segundo Costa e Pinto (2002, apud Barbosa et al., 2016), o PAB trouxe algumas inovações importantes:

Alocação de uma parcela dos recursos federais voltados para o custeio de determinados procedimentos na rede pública de saúde; incentivo ao desenvolvimento de ações e procedimentos de atenção básica e de medidas de promoção e prevenção em saúde; reorganização da AB com possível melhoria tanto nas condições de acesso, como na qualidade do atendimento prestado, especialmente visando aos municípios e às populações praticamente sem acesso aos serviços de saúde no começo da década de 1990; indução de gradativa mudança no modelo assistencial com o desenvolvimento de programas inovadores, como o caso da Saúde da Família; definição de um conjunto de indicadores de processo e resultado para avaliação do impacto na qualidade da atenção associado ao PAB (Costa; Pinto, 2002)

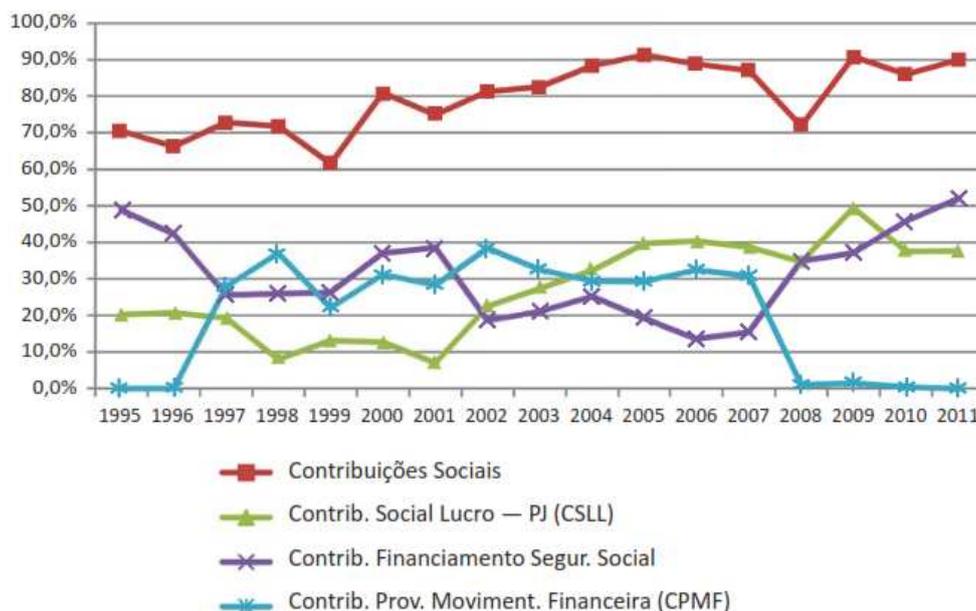
Ainda no que se refere à AB, Malemad e Costa (2003) avaliam que o Piso da Atenção Básica (PAB), o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) foram bem-sucedidos em termos de financiamento e ampliação, até 2001, já que regiões, UF e municípios com menor capacidade instalada na AB foram mais favorecidos, indicando a necessidade de avaliar a sustentabilidade a longo prazo.

### **05 - Os Gastos em Saúde na Década de 2000 e Financiamento da Atenção Básica**

Durante a década de 2000, o financiamento do MS foi em grande parte composto pelas contribuições sociais (Fundação Oswaldo Cruz, 2013), que perfaziam cerca de 70% do total, elevando-se a mais de 86% dos recursos após 2004, mesmo após a extinção da CPMF em

2007, Gráfico 02 a seguir (Fundação Oswaldo Cruz, 2013). “Enquanto existiu, a CPMF teve participação bastante estável no financiamento da saúde. Ela financiou, em média, 30,8% dos recursos do MS no período de 1997 a 2007”.

**Gráfico 02 - Evolução da participação das contribuições sociais no financiamento da saúde de 1995 a 2011**



FONTE: SIAFI/SIDOR (Gasto Social Federal - IPEA: 1995 a 2007); SIGA BRASIL (2008, 2009, 2010 e 2011). Fundação Oswaldo Cruz, 2013

Paralelamente com a EC 29 ocorreu aumento real de recursos para a saúde, no período de 2000 a 2011, conforme tabela adiante, elevando os gastos em saúde de R\$ 69,09 para R\$161,77 bilhões, devido principalmente as elevações de recursos de Estados e Municípios. Este aumento levou ao crescimento do gasto em saúde per capita, que dobrou de R\$ 403,00 em 2000 para R\$ 830,00 em 2011, bem como o crescimento dos gastos em ASPS em relação ao PIB, de 2,9% em 2000 para 3,9% em 2011, a custas de Estados e Municípios (Fundação Oswaldo Cruz, 2013). Apesar destes aspectos positivos de implementação da emenda constitucional (Tabela 06 abaixo):

A EC 29 começou a ter vigência em 2000, quando a União ainda respondia por quase 60% do recurso público total aplicado em saúde. Desde então sua participação foi decrescendo, para alcançar cerca de 45% em 2011. Nesse mesmo período, entre 2000 e 2011, a participação dos estados passou de 18,5% para 25,7%, enquanto a dos municípios saiu de 21,7% para 29,6%, de acordo com os dados do SIOPS” (Fundação Oswaldo Cruz, 2013).

**Tabela 06** Gasto com ações e serviços públicos em saúde (ASPS): total e por esfera de governo (2000-2011)  
(Em R\$ bilhões de 2011 deflacionados pela média anual do IPCA1)

Ano	Federal	(%)	Estadual	(%)	Municipal	(%)	Total	(%)
2000	41,31	59,80	12,82	18,50	14,96	21,70	69,09	100
2001	42,70	56,10	15,71	20,70	17,65	23,20	76,07	100
2002	43,34	52,80	17,66	21,50	21,08	25,70	82,07	100
2003	41,51	51,10	18,67	23,00	21,02	25,90	81,20	100
2004	46,85	50,20	22,96	24,60	23,51	25,20	93,33	100
2005	49,80	49,70	23,11	23,10	27,19	27,20	100,10	100
2006	52,44	48,40	25,48	23,50	30,37	28,00	108,28	100
2007	55,01	47,50	28,02	24,20	32,81	28,30	115,84	100
2008	57,18	44,20	32,81	25,40	39,24	30,40	129,23	100
2009	65,27	45,80	36,13	25,40	40,98	28,80	142,38	100
2010	66,08	44,10	39,74	26,50	44,08	29,40	149,90	100
2011	72,33	44,70	41,50	25,70	47,94	29,60	161,77	100

FONTES: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/MS (esfera federal) e Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo SIOPS (esferas estadual e municipal, extraídos em 27 de novembro de 2012). Nota: 1

Nota: 1 Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

No entanto, a não regulamentação da EC-29 levou a uma série de distorções tanto na interpretação do que eram ações de ASPS, para aplicação de recursos em saúde, quanto do mínimo a ser aplicado por Estados (12%), Municípios (15%) e gestor Federal (5% de acréscimo sobre o ano anterior). Estudos, da equipe do SIOSP, mostram que devido a esta situação cerca de R\$ 19,00 a R\$ 25,00 bilhões deixaram de ser aplicados em saúde, no período (Fundação Oswaldo Cruz, 2013). Neste período a CPMF foi extinta em 2007, o que teve baixa repercussão no volume de recursos do MS, uma vez que as contribuições sociais conseguiram sustentar essa baixa.

No período abordado foram implementadas novas normas do SUS como a NOAS / 2001 (Brasil, 2001) e o Pacto pela Saúde / 2006 (Brasil, 2006), que buscaram implementar a regionalização do sistema, uma vez que as normas anteriores haviam promovido uma municipalização autárquica, com baixa participação do gestor estadual e grandes dificuldades para atendimento de demandas regionais pelos municípios polos, onde se localizam grande parte dos serviços de média e alta complexidade, ambulatorial, hospitalar e de diagnóstico e tratamento.

As novas regras colocaram em pauta a questão da regionalização do SUS, aumentaram as responsabilidades dos gestores, criando mecanismos e instrumentos de integração e, relacionamento entre gestores, quanto à utilização de serviços de saúde pelos municípios da região. Definiram ainda a necessidade de elaboração de Planos Diretores de Regionalização (PDR) e Planos de Investimento Regionais (PDI), pelos Estados e, Centrais Regionais de Regulação de Acesso para facilitar a utilização de serviço de Média e Alta Complexidade

(MAC), em cada região, além de Compromissos dos Gestores para garantia da atenção às demandas regionais.

Para a implantação do modelo regionalizado, retomam a necessidade de elaboração da Pactuação e Programação Integrada (PPI) como instrumento de planejamento das diferentes ações de saúde a serem ofertadas pelos serviços, sob responsabilidade dos gestores do SUS, e para cálculo dos tetos financeiros de cada serviço, ~~cada~~ nos Municípios e nos Estados, incorporando as demandas regionais a serem atendidas. Ou seja, os tetos financeiros a serem pagos já previam o pagamento de demandas das regiões, a serem atendidas e encaminhadas pelas Centrais de Regulação do acesso.

Além disso, para implementar a atenção integral, contínua e permanente aos usuários do SUS, são assumidas algumas diretrizes, sendo a principal o papel da AB como Coordenadora do Cuidado e Organizadora da Rede de Atenção Regional à Saúde, responsabilizando-se pelo indivíduo, na utilização de serviços de diferentes complexidades tecnológicas (ambulatórios de especialidades, hospitais gerais e especializados, Pronto Socorro, Saúde Mental, Vigilância à Saúde, entre outros), uma vez que este usuário integrava a região de cobertura e sob responsabilidade de sua Unidade Básica de Saúde.

19

Várias propostas foram elaboradas e implementadas nesta perspectiva, como as Redes Temáticas de Atenção, pelo MS, voltadas à atenção aos grupos, ou patologias consideradas prioritárias, como Gestantes, Crianças, Idosos, Hipertensos, Diabéticos, entre outros, além do desenvolvimento de Linhas de Cuidado, pela SES – SP, como estratégias de organização e integração de serviços, de diferentes capacidades tecnológicas para promover a atenção integral, contínua e permanente. Neste modelo de organização de serviços, através de Redes de Atenção à Saúde (RAS), o papel da AB é ressaltado, ganhando muita relevância, sendo assumido o Programa de Saúde da Família, junto com o PACS, como o principal modelo a ser implantado, principalmente a partir de 2006.

Assim, no período de 2001 a 2011, os gastos federais nos programas PACS e PSF elevaram sua participação no conjunto de gastos do MS, apesar ainda de seu baixo percentual (abaixo de 10%), ao lado da diminuição de participação do PAB-fixo (8,0% - 5,0%) e da MAC (48,5 – 43,5), conforme Tabela 07 abaixo.

Entretanto, os objetivos de regionalização do SUS, estimulados pela NOAS 2001, junto com seus instrumentos de cooperação intergestores, não conseguiram aprovar sequer

uma região reconhecida pela CIT, apesar das propostas encaminhadas, o que levantou novas discussões levando a proposição do Pacto pela Saúde em 2006 (Felicicello, 2010).

**Tabela 07 - Distribuição Percentual das Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde por agrupamentos de programas/ações de 2001 a 2011**

Gasto em ASPS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>(1) Pessoal Ativo</b>	11,70%	12,00%	12,30%	11,70%	10,50%	11,60%	10,80%	11,70%	11,50%	12,10%	11,40%
<b>(2) Média e Alta Complexidade (MAC)</b>	51,70%	50,70%	50,80%	48,10%	45,30%	46,50%	48,80%	49,30%	46,40%	47,20%	47,20%
Transferências MAC	48,50%	47,50%	48,80%	45,80%	43,00%	43,80%	45,80%	46,40%	43,50%	43,50%	43,00%
Hospitais próprios e Pioneiras Sociais	3,20%	3,20%	2,00%	2,30%	2,40%	2,70%	3,00%	3,00%	2,80%	2,70%	2,60%
Hospitais Universitários										0,20%	0,90%
SAMU										0,80%	0,70%
<b>(3) Atenção Básica</b>	12,30%	12,90%	13,00%	13,20%	13,60%	14,70%	16,20%	16,80%	14,90%	15,80%	16,40%
PAB-fixo	8,00%	7,50%	7,00%	6,40%	6,30%	6,20%	6,50%	6,70%	5,80%	5,90%	6,10%
PACS/PSF	4,30%	5,30%	6,00%	6,60%	7,10%	8,20%	9,30%	9,70%	8,90%	9,60%	10,00%
PROESF	0,00%	0,00%	0,10%	0,20%	0,20%	0,10%	0,00%	0,10%	0,00%	0,10%	0,10%
Saúde Bucal	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,10%	0,20%	0,40%	0,30%	0,20%	0,20%	0,20%
<b>(4) Medicamentos</b>	6,60%	7,20%	6,90%	7,50%	7,70%	9,00%	8,90%	9,00%	8,50%	8,90%	8,90%
Medicamentos (compra direta, incluindo estratégicos)	3,80%	4,60%	4,40%	4,30%	3,80%	4,40%	3,10%	1,50%	1,50%	1,20%	1,30%
Medicamentos excepcionais	2,00%	1,90%	1,90%	2,50%	3,10%	3,40%	4,40%	4,70%	4,50%	5,20%	4,90%
Farmácia Básica (PAB)	0,70%	0,70%	0,60%	0,60%	0,60%	0,70%	0,70%	1,80%	1,50%	1,70%	1,50%
Farmácia Popular	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,10%	0,40%	0,70%	1,00%	1,00%	0,70%	1,30%
<b>(5) Vigilância em saúde</b>	7,40%	7,80%	7,20%	7,20%	7,10%	7,30%	7,00%	6,20%	4,50%	5,10%	5,30%
<b>(6) Bolsas e combates as carências</b>	0,80%	1,00%	1,30%	2,50%	5,60%	0,00%	0,10%	0,10%	0,00%	0,10%	0,00%
<b>(7) Saneamento</b>	5,40%	2,30%	0,40%	1,50%	1,40%	1,90%	2,50%	2,10%	1,90%	1,60%	1,90%
<b>(8) Demais ações*</b>	4,30%	6,10%	8,20%	8,30%	8,70%	9,00%	5,80%	5,00%	12,30%	9,30%	8,70%
<b>Gasto em ASPS - total (I)</b>	<b>100,00%</b>										

FONTE: Fundação Oswaldo Cruz, 2013. SPO/MS; elaboração própria dos autores.

Nota: Os programas e ações e foram agregados numa tentativa de compatibilizar três planos plurianuais diferentes.

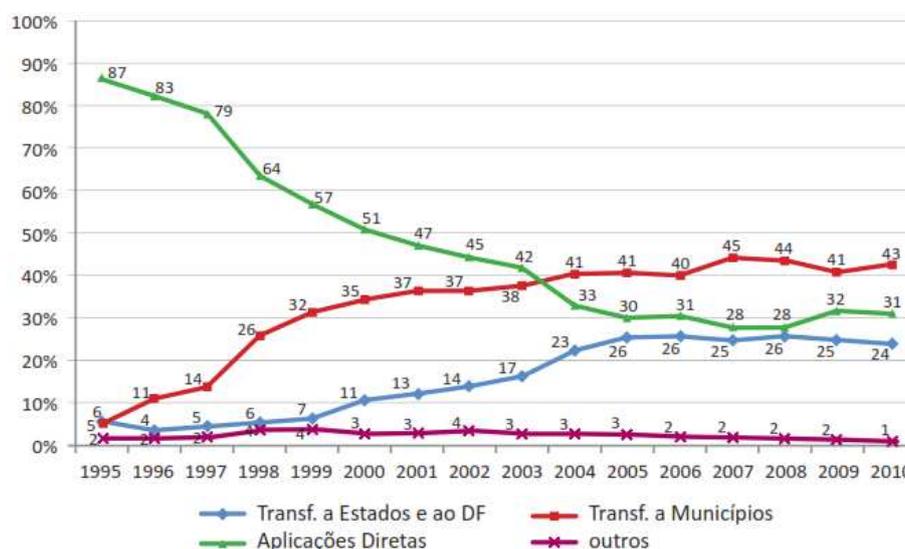
Do mesmo modo, as diretrizes de atenção integral à saúde e de configuração da AB como coordenadora do cuidado e organizadora da RAS não foram atingidas no período, apesar da aplicação de recursos nas redes específicas (Gestantes, Idosos, HA, Diabetes, Urgência e Emergência etc.) a partir do Pacto pela Saúde e, dos instrumentos de cooperação entre entes públicos.

Observando o período a partir de 1995 é possível afirmar que com a NOB/96 e a CPMF em 1997 houve grande salto na descentralização dos recursos para os Municípios, de um patamar de 12%, em média, para mais de 30%, de 1999 a 2003, incluindo o período de aprovação da EC 29 e da NOAS 2001. Para os Estados, também houve um grande salto, mas os recursos descentralizados passaram de um patamar de 5% para cerca de 14% em média no período de 2000 a 2003 (Gráfico 03 a seguir).

Após 2003 observam-se novos patamares na descentralização de recursos federais. Com relação aos Municípios este patamar sobe acima de 40%, com tendência a elevação nos últimos anos do período (cerca de 44%). No caso dos Estados o volume de recursos descentralizados sobe para cerca de 25% com tendência a estabilização até 2010.

Como decorrência, os recursos federais aplicados diretamente apresentam grandes quedas, de 87% (1995) a 33% (2004), estabilizando-se em torno de 30% até o final do período.

**GRÁFICO 03 - Distribuição dos Gastos Federais do MS por Modalidade de 1955 a 2010**



FONTE: SIAFI / SIDOR Elaboração IPEA

A maioria dos recursos distribuídos a Estados e Municípios referiam-se a MAC. Quanto à AB o principal volume de recurso, mais de 96%, foi enviado aos municípios neste período, conforme Tabela 08 a seguir. Deve-se recordar, entretanto, que o maior percentual de recursos se referia ao PAB fixo, do que ao PSF, na proporção de 2 / 1, mas que ao longo da década essa relação se inverteu até 2010.

**Tabela 08 - Participação das Transferências Municipais nos Gastos Federais em Atenção Básica**

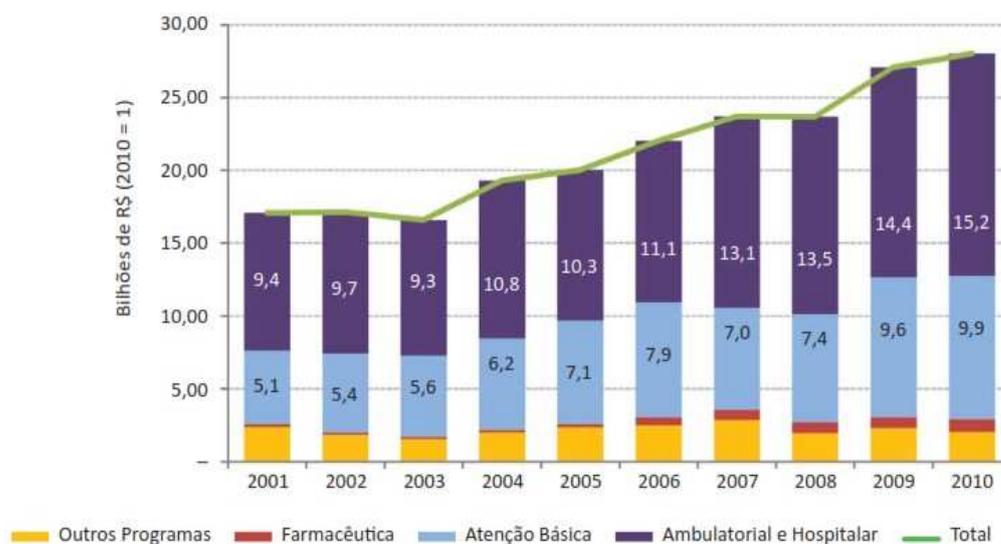
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Aplicações Diretas do Governo Federal	2,9%	1,1%	1,2%	0,6%	0,3%	0,7%	1,2%	1,7%	0,8%	0,6%
Transferências a Estados e ao DF	2,5%	0,9%	0,8%	1,0%	1,2%	0,8%	1,0%	1,1%	0,8%	1,0%
Transferências a Municípios	93,8%	96,8%	96,9%	97,1%	97,5%	97,6%	97,0%	96,3%	98,0%	97,8%

FONTE: FOC, 2013. SPO/MS; elaboração própria dos autores.

Quanto aos valores monetários no início do período, as transferências federais para AB aos municípios situaram-se num patamar entre R\$ 5,10 e R\$ 5,60 bilhões, ascendendo no período, chegando a mais de R\$ 9,50 bilhões no final do período, com um aumento de 86%.

Estes valores correspondiam a cerca de 54% do total de recursos municipalizados para MAC (R\$ 9,4 bilhões) em 2000, passando a corresponder a cerca de 65%, destes recursos em 2010, podendo-se concluir que houve efetivamente aumento de valores para a AB, o que não significa que eram suficientes (veja Gráfico 04 a seguir),

**GRÁFICO 04 - Transferências Federais para Municípios por Programas 2001 a 2010**



FONTE: FOC, 2013. SPO/MS; elaboração própria dos autores.

**TABELA 09 - Gasto do Ministério da Saúde com MAC e com o PAB fixo, 1995 a 2012, em R\$ bilhões**

ANO	Média Alta Complexidade MAC			Atenção Básica - PAB fixo		
	R\$	Per capita	1995 = 100	R\$	Per capita	1995 = 100
1995	19	121,6	100	3,5	22,4	100
1996	17,9	111,1	91,4	3,1	19,2	85,7
1997	20,4	127,6	104,9	3,6	22,5	100,2
1998	18,1	111,7	91,9	4,2	25,9	115,5
1999	20,7	126,4	104	4,2	25,6	114,1
2000	21,8	131,5	108,1	3,9	23,2	103,6
2001	22,5	130,7	107,5	3,7	21,5	95,8
2002	22,3	127,5	104,8	3,5	20,2	90,3
2003	21	118,7	97,6	3	16,9	75,6
2004	22,5	123,8	101,8	3,1	17,3	77,1
2005	22,5	122,3	100,6	3,3	17,9	79,8
2006	24,5	131,2	107,9	3,5	18,7	83,4
2007	26,8	145,7	119,8	3,8	20,5	91,6
2008	27,8	146,6	120,5	4	21,1	94,4
2009	29,8	155,5	127,8	4	20,7	92,5
2010	33,7	176,8	145,4	4,1	21,5	95,9
2011	32,6	169,6	139,5	4,7	24,3	108,5
2012*	33,9	174,5	143,5	4,4	22,6	101,1

Fonte: Brasil. ministério da Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento LOA 2012 (\*): Estimativa da LOA apud Carvalho (2012)  
OBS: deflator utilizado INPC, junho 2012

## 23

Com relação à suficiência de recursos para a AB, estudo de Mendes e Marques (2014), ver Tabela 09 acima, comparam os gastos do MS com MAC e PAB fixo e variável, deflacionados pelo INPC de junho de 2012, indicando várias distorções.

Pelos dados observa-se, de 1995 a 2012, o crescimento da MAC de cerca de 78%, passando de R\$ 19 bilhões para cerca de R\$ 34 bilhões, enquanto os recursos PAB Fixo elevaram-se em 26%, passando de R\$ 3,5 bilhões para R\$ 4,4 bilhões.

Entretanto a comparação destes valores quando calculados per capita mostram uma outra realidade, já que os recursos MAC per capita apresentam um aumento de 44%, enquanto os recursos PAB Fixo per capita demonstram um crescimento insignificante de um por cento. O PAB Fixo per capita mostra crescimento, de até 15%, após a aprovação da CPMF (1997 – 2000) e decréscimos, de 5% a 35%, após a EC 29, edição da NOAS (2001) e do PACTO (2006) pela Saúde (2001 - 2010).

Mendes e Marques (2014) indicam ainda problemas no estabelecimento dos valores do PIB Fixo per capita, pelo MS e legislação, desde a definição dos valores iniciais em 1997 em R\$10,00 per capita, quando estudos à época indicavam já um valor de R\$12,00. A partir desta

situação os acréscimos posteriores foram abaixo do necessário, levando inclusive ao não cumprimento da EC 29, que pregava:

Um mínimo de 15% dos recursos do MS deveria ser aplicado nos municípios, segundo o critério populacional para Atenção Básica... (Além disso) tal exigência constitucional foi revogada pela Lei Complementar nº 141/2012 – lei de regulamentação da EC 29 –, ficando a Atenção Básica nos municípios sem uma destinação de recursos da esfera federal legalmente estabelecida. (Brasil, 2012).

A publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 28 de março de 2006 segundo a Portaria nº GM/648 do MS, considerada o marco histórico para a consolidação nacional e a expansão da Estratégia de Saúde da Família, não teve reflexos importantes nos valores do PAB Fixo.

Paralelamente dados do PAB variável, voltado ao financiamento de um conjunto de projetos na AB, principalmente da Equipe de Saúde da Família, quando calculado per capita, mostram que entre 2002 e 2012, passou de R\$20 para R\$48, enquanto o valor per capita do PAB Fixo praticamente se manteve o mesmo, passando de R\$24 para R\$25.

Mesmo assim, este valor foi considerado insuficiente pelos gestores municipais, pois vinham se responsabilizando por cerca de 70% do financiamento da ESF (Vasconcelos, 2013 apud Mendes e Marques, 2014), num período em que a receita dos Municípios havia estabilizado, sem aumentos, a Lei de Responsabilidade Fiscal, aprovada em maio de 2000, estava em pleno vigor e, várias políticas públicas encontravam-se em processo de municipalização (saúde, educação e promoção social).

## **06 - Os Gastos em Saúde na Década de 2010 e Financiamento da Atenção Básica**

A década de 2010 irá se caracterizar por grandes mudanças no financiamento do SUS e da AB, além de profundas transformações nas demandas por atenção médica, originadas da crise política e social, resultantes de: crise econômica internacionais de 2008 e aguçada em 2011; das políticas econômicas governamentais equivocadas para o momento; e, da acelerada expansão da pandemia do Covid 19 após 2019, em âmbito mundial e nacional.

O primeiro governo Dilma Rousseff (2010 – 2013) evoluiu de modo satisfatório, segundo vários analistas, com baixo desemprego, aumento salarial, baixa inflação e PIB positivo, devido a continuidade do projeto de governos anteriores.

No entanto, no segundo governo iniciado em 2014, vários autores avaliam que: os reflexos da crise econômica internacional, originada a partir da crise imobiliária nos EUA (2008), atingindo a União Europeia e inclusive a China (2011); o novo projeto econômico do

governo brasileiro, que levou a assumir determinadas medidas inadequadas; o aprofundamento do combate à corrupção, com a lava jato; e, as mudanças de coalizões entre diferentes grupos nacionais de interesse (burguesia industrial, burguesia financeira e classe trabalhadora) originaram conflitos com o Governo Federal, levando à crise política e econômica interna; à perda de confiança e apoio; e, ao impeachment do presidente em 2016 (Singer, 2016).

O novo projeto econômico do governo Dilma, além de ferir vários interesses da burguesia financeira e dos bancos, provocou queda do PIB, elevação do déficit público e da inflação, aumento do desemprego e, perda de apoio do congresso, não conseguindo elaborar propostas alternativas. Com o impeachment e a assunção do vice José Sarney, ocorreram articulações com os partidos de Centro-Direita levando a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (PEC 241, também chamada de PEC 55 no Senado), em 15 de dezembro de 2016, a qual estabeleceu um teto de gastos públicos para o Brasil, que passou a vigorar em 2017, trazendo profundas mudanças no financiamento das políticas sociais – saúde, educação, promoção social, emprego, entre outras.

Além disso, a eclosão da Pandemia do COVID 19 a partir do final de 2019, obrigando ao isolamento social; ao trabalho doméstico (home office); ao fechamento de escolas, bares, hotéis e cinemas e, demais atividades não consideradas prioritárias; associado como o aumento de gastos com assistência à saúde, devido às características da pandemia e, à distribuição de renda mínima aos desempregados (na ordem de 14%) e pobres, levaram ao aprofundamento da crise econômica, social e sanitária.

Quanto à saúde, logo nos primeiros anos do governo Dilma foram publicados alguns instrumentos legais de apoio à organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que vinha sendo discutida e implantada, há cerca de uma década em diversos sistemas universais de saúde, com o objetivo de ofertar atenção integral à saúde, permanente e universal, considerando as mudanças do quadro epidemiológico em curso, e, ainda como estratégia para enfrentar os custos crescentes da medicina especializada e tecnológica.

No Brasil, apesar das normas e instrumentos instituídos pela NOAS 2001 e as tentativas de implantação das RAS de modo cooperativo, pelo Pacto a partir de 2006, as RAS ainda não haviam de efetivado até o início da década de 2010 por diversas razões, embora todos os estados formalizaram seus acordos, assim como 68% dos municípios, sendo implantados 417 Colegiados de Gestão Regional (Feliciello, 2016).

Assim, é publicada a Portaria nº 4. 279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e, a compreensão da APS como centro de comunicação, coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS.

Em seguida foi editado o Decreto 7.508 de 28 de junho 2011 que detalhou diversas diretrizes para organização do SUS, no sentido de implantação das RAS, incluído:

- Regiões de Saúde, a serem organizadas sob responsabilidade da SES e SMS
- Hierarquização dos Serviços e Ações, com a organização de Portas de Entrada, Acesso Ordenado, e regulação do Fluxo entre serviços
- Planejamento da Saúde de caráter Integrado e Regionalizado; realizado através do Mapa da Saúde.
- Assistência à Saúde Organizada tendo como base o RENASES e o RENAME.
- Articulação Interfederativa – com propostas de melhorias das Comissões Intergestores (CIT, CIB e CIR); e,
- Criação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), como instrumento dos compromissos interfederativos para organização e gestão de uma Região de Saúde.

Posteriormente, a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, PNAB (Saúde mais perto de você) 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).

- Dispõem ainda sobre a origem do financiamento da AB, incluindo: PAB Variável e PAB Fixo; Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde; Atenção à Saúde Bucal; e, Construção de Unidades Básicas de Saúde - UBS
- Define que despesas de capital devem ser feitas com recursos do bloco de organização de rede e não com recursos do PAB; e, estabelece que recursos do PAB devem ser utilizados para o pagamento de despesas de custeio das ações de Atenção Básica. Condiciona ainda o financiamento a critérios de desempenho estabelecidos pelo PMAQ.

Já a Lei Complementar 141/2012, 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 também 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; revogando dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

A Portaria MS - GM nº 953/2012, de 15 de maio de 2012, **define a amplitude de valores do PAB Fixo**, de R\$20, 00 a R\$25, 00, levando em consideração uma pontuação baseada em porte populacional, IDH, PIB, entre outros.

Nesta década de 2010 o gasto federal em saúde apresentou um crescimento de 130% de 2008 a 2017, passando de R\$ 60.8 bilhões a R\$ 117,1 bilhões (Brasil, 2018), sendo os blocos de financiamento de Média e Alta Complexidade (MAC), Atenção Básica e Assistência Farmacêutica responsáveis por quase 2/3 da despesa total (Tabela 10 e Gráfico 05 a seguir)

**Tabela 10 - Gastos em saúde de 2008-2017 (R\$ bilhões constantes de 2017)**

Blocos de Financiamento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Saúde</b>	<b>50,8</b>	<b>57,4</b>	<b>66,2</b>	<b>74</b>	<b>83,5</b>	<b>89,4</b>	<b>100,4</b>	<b>106,9</b>	<b>115,9</b>	<b>117,1</b>
Atenção Básica	8,1	8,4	9,7	11	13,4	13,8	16,8	17,7	18,6	18,5
MAC	21,9	24,7	27	30,5	34,1	34,7	39,2	40,4	42,8	45,1
Assistência Farmacêutica	4,1	4,8	5,3	6,4	7,4	8,8	9,7	11	13,1	11,2
Vigilância em Saúde	2,3	2,5	2,7	3,6	3,8	4,5	4,8	4,8	6,9	6,8
Emendas Parlamentares	-	-	-	-	-	-	0	1,5	3,4	3,3
Investimentos (exceto EP)	-	1,6	2	2,2	3,4	3,9	4,4	2,9	2,9	1,7
<b>Outros</b>		<b>15,4</b>	<b>19,5</b>	<b>20,4</b>	<b>21,4</b>	<b>23,8</b>	<b>25,5</b>	<b>28,6</b>	<b>28,1</b>	<b>30,4</b>
Pessoal		9,7	11	12,5	13,9	14,6	15,7	16,1	16,6	17,8
Demais		5,7	8,5	7,9	7,5	9,2	9,8	12,5	11,5	12,6

FONTE: Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional, Coordenação-Geral de Estudos Econômico-Fiscais. Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil. 31 de outubro de 2018 in: [www.tesouro.gov.br](http://www.tesouro.gov.br)

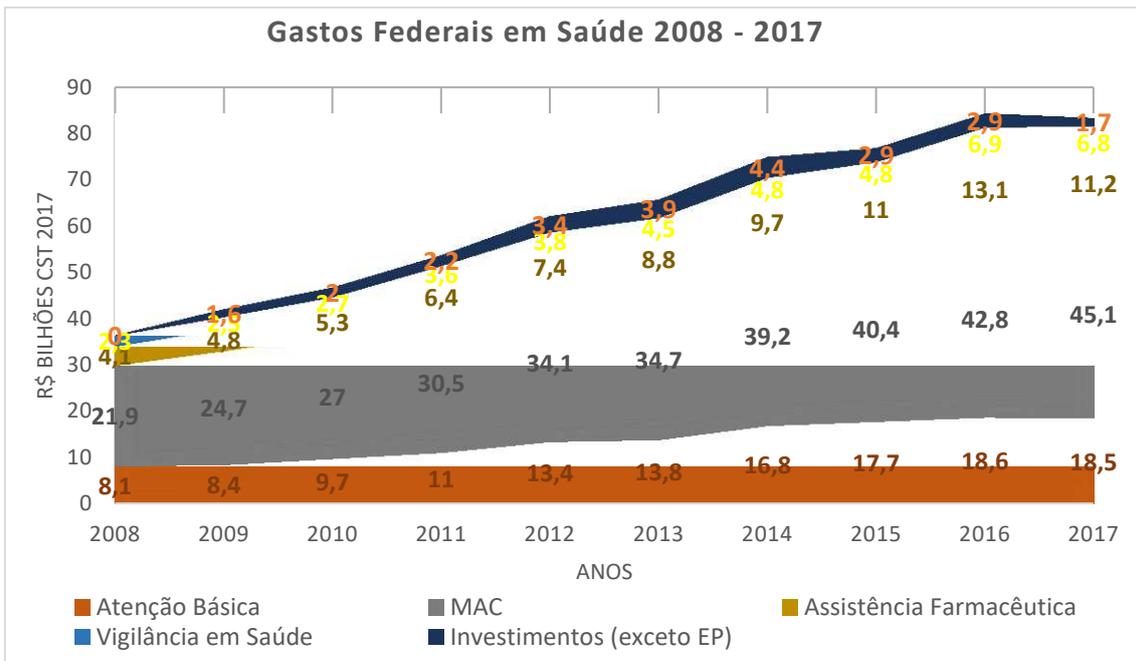
Os gastos com MAC elevaram-se em 105% no mesmo período e os da AB cresceram 128%. Entretanto, proporcionalmente ao total de gastos, a AB utilizou 15,9% dos recursos em 2008 e 15,7% em 2017, mantendo-se praticamente constante neste aspecto, enquanto a MAC utilizou 43,1% do total de gastos em 2008 e 38,1% em 2017, apresentando queda.

Os blocos que apresentaram ganhos proporcionais, em relação aos totais de gastos, foram a Assistência Farmacêutica que passou de 8,1% em 2007, para 9,56% em 2017 e, a Vigilância em Saúde que utilizou 4,5% dos recursos em 2007 e, 5,8% em 2017.

Outro aspecto que pode ser observado refere-se a um novo patamar de gastos a partir de 2012, com maior aceleração até 2017 em quase todos os blocos de financiamento, exceto nos investimentos, que apresentam queda, mas foram compensados com as emendas parlamentares. Este novo patamar coincide com a aprovação da Lei Complementar 141/2012, de 13 de janeiro de 2012, que dispõe sobre os **valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios** em ações e serviços públicos de saúde.

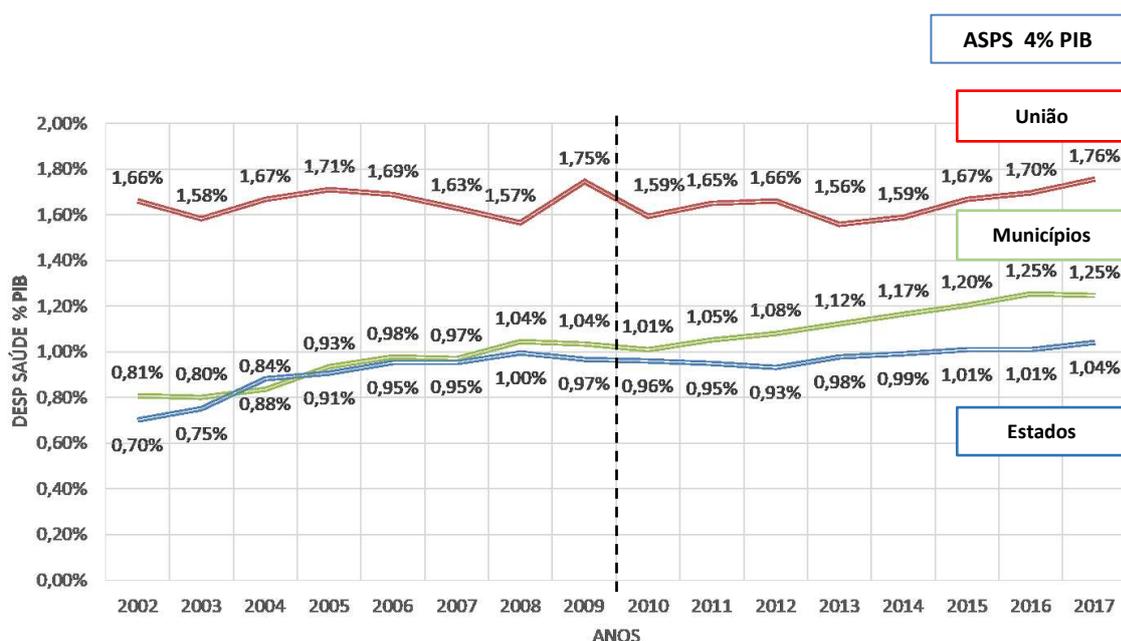
“Como proporção da Receita Corrente, a despesa federal em saúde, aumentou continuamente sua participação, passando de 6,7% para 8,3% no período 2008-2017. Em proporção ao PIB, essa participação também cresceu, passando de 1,6 para 1,8%” (Brasil, 2018).

**GRÁFICO 05**



FONTE: Elaborado pelo autor a partir de dados de Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional, 2018

**GRÁFICO 06 - Despesa Pública em Saúde no Brasil em Proporção do PIB – 2002 a 2017**



FONTE: INSPER, Seminário Desafios da Gestão da Saúde Pública, junho de 2019. CONASEMS. TOCANTINS, Charles. Sistema Único de Saúde - Desafios e Avanços. <https://www.insper.edu.br/agenda-de-eventos/seminario-sobre-gestao-da-saude/>

29

Com relação aos gastos gerais em saúde observa-se também aumento dos gastos de Estados e Municípios (Gráfico 06 acima), que se mostram crescentes passando, no período de 2010 a 2017, de 1,01% para 1,25% do PIB no caso dos municípios e, de 0,96% para 1,04% do PIB, nos Estados. O total de gastos públicos, dos três níveis de governo, chegou a 4% do PIB em 2018.

No final deste período analisado ocorre ainda uma série de mudanças no financiamento das políticas públicas no Brasil devido principalmente ao aguçamento da crise econômica, política e social que provocou inclusive o impeachment do presidente Dilma Rousseff, em 2017 e a assunção do vice, Michel Temer, conforme já indicado acima.

Uma primeira medida do novo governo foi a aprovação e publicação da Emenda Constitucional nº 95 (PEC 241, também chamada de PEC 55 no Senado) em 15 de dezembro de 2016, que estabeleceu um teto de gastos públicos para o Brasil, que passou a vigorar em 2017.

- A EC 95 instituiu Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros, nos termos dos arts. 107 a 114 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, estabelecendo limites orçamentários equivalentes a:

“I - Para o exercício de 2017, à despesa primária paga no exercício de 2016, incluídos os restos a pagar pagos e demais operações que afetam o resultado primário, corrigida em 7,2% (sete inteiros e dois décimos por cento); e

II - Para os exercícios posteriores, ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de doze meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária (Brasil, 2016)

Neste mesmo ano foi aprovada a Portaria MS - GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que constitui a nova **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Na sequência a Portaria de Consolidação do SUS nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, define no Título II, o Custeio da Atenção Básica, incluindo:

I - Confirmação que o Bloco de Atenção Básica é composto pelo PAB Fixo e PAB Variável

“Art. 10. Componente PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde do Distrito Federal e dos municípios (Brasil, 2007).

Art. 11. O Componente PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais com (Brasil, 2007)

I - Saúde da Família;

II - Agentes Comunitários de Saúde;

III - Saúde Bucal;

IV - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;

V - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;

VI - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória.

§ 1º Os recursos do Componente PAB Variável serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde do Distrito Federal e dos municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde.

§ 2º Os recursos federais referentes aos incentivos para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória, poderão

ser transferidos ao Distrito Federal, aos estados e aos municípios, conforme pactuação na CIB.

§ 3º Os recursos do Componente PAB Variável correspondentes atualmente às ações de assistência farmacêutica e de vigilância sanitária passam a integrar o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica e o da Vigilância em Saúde, respectivamente.

§ 4º Os recursos federais referentes ao incentivo financeiro de custeio mensal para manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), de que trata o Capítulo III do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5 poderão ser transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde diretamente aos fundos de saúde estaduais, conforme pactuação na CIB (Brasil, 2017).

II - Estabelecimento de valor de Financiamento e Incentivos Financeiros para custeio de Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, no âmbito do PAB Variável.

<b>CAPÍTULO I - DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ATENÇÃO BÁSICA</b>
<i>Seção I - Do Financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal (art. 13 ao art. 15)</i>
<i>Seção II - Do Financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Modalidades 1, 2 e 3 (art. 16 ao art. 20)</i>
<i>Seção III - Do Incentivo Financeiro para as Equipes de Saúde da Família que Incorporarem os Agentes de Combate às Endemias (ACE) na sua Composição (art. 21 ao art. 30)</i>
<i>Seção IV - Dos Valores de Financiamento das Equipes de Saúde da Família Instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica (art. 31 ao art. 34)</i>
<i>Seção V - Do Repasse dos Recursos da Assistência Financeira Complementar (AFC) da União para o Cumprimento do Piso Salarial Profissional Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e do Incentivo Financeiro para Fortalecimento de Políticas Afetas à Atuação dos ACS, de que Tratam os Art. 9º-C e 9º-D da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 (art. 35 ao art. 44)</i>
<i>Seção VI - Do Custeio das Equipes de Saúde da Família que Possuam Profissionais Médicos Integrantes de Programas Nacionais de Provimento (art. 45 ao art. 51)</i>
<i>Seção VII - Do Repasse do Piso de Atenção Básica Variável a ser Transferido aos Municípios/ Distrito Federal que não Efetuaram o Cadastro dos Profissionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil Junto ao Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (art. 52 ao art. 54)</i>
<i>Seção VIII - Do Incentivo Financeiro Referente à Inclusão do Microscopista na Atenção Básica para Realizar, Prioritariamente, Ações de Controle da Malária Junto às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (eACS) e/ou às Equipes de Saúde da Família (eSF) (art. 55 ao art. 67)</i>
<i>Seção IX - Do Incentivo Financeiro Mensal de Custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR), das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) e das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) (art. 68 ao art. 79)</i>
<i>Seção X - Do Incentivo Financeiro para Custeio das Unidades Odontológicas Móveis (UOM) (art. 80 ao art. 83)</i>
<i>Seção XI - Do Incentivo Financeiro de Custeio Mensal para as Equipes de Consultório na Rua (art. 84 ao art. 85)</i>

III - Estabelecimento de valor de Financiamento e Incentivos Financeiros para custeio de Componentes das UBS

<b>CAPÍTULO II - DOS COMPONENTES E INCENTIVOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA (Brasil, 2017)</b>
<i>Seção I - Do Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) (art. 86 ao art. 117)</i>
<i>Subseção I - Das Regras Aplicáveis aos Projetos Habilitados no Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde a partir de 2012 até 2016 (art. 88 ao art. 103)</i>
<i>Subseção II - Das Regras Aplicáveis aos Projetos Habilitados no Componente Reforma do Programa de Requalificação de UBS até 2012 (art. 104 ao art. 115)</i>

<i>Subseção III - Disposições Finais (art. 116 ao art. 117)</i>
<i>Seção II - Do Incentivo Financeiro do Programa Nacional de <b>Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica</b> (PMAQ-AB), denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável) (art. 118 ao art. 120)</i>
<i>Seção III - Do Custeio do Programa de <b>Humanização no Pré-natal e Nascimento</b> (art. 121)</i>
<i>Seção IV - Do Incentivo Financeiro de Custeio Mensal aos Entes Federativos que aderirem à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das <b>Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional</b> (PNAISP) (art. 122 ao art. 128)</i>
<i>Seção V - Do Incentivo Financeiro de Custeio para o Ente Federativo Responsável pela Gestão das Ações de Atenção Integral à Saúde dos <b>Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade</b> (art. 129 ao art. 134)</i>
<i>Seção VI - Da Unificação do Repasse do Incentivo Financeiro de Custeio por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável) do <b>Programa Academia da Saúde</b> (art. 135 ao art. 141)</i>
<i>Seção VII - Do Componente de <b>Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, Integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes</b> (art. 142 ao art. 150)</i>
<i>Seção VIII - Do Incentivo Financeiro de Custeio Mensal Destinado aos <b>Núcleos Intermunicipais e Estaduais de Telessaúde do Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica</b> (art. 151 ao art. 163)</i>
<i>Seção IX - Do Incentivo Financeiro de Custeio Mensal Destinado aos <b>Núcleos de Telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica</b> (art. 164 ao art. 172)”</i>

Em 28 de dezembro 2017, é publicada Portaria do Ministério da Saúde, de Nº 3.992, que trata de alteração das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS.

Como principal mudança, a nova normativa estabeleceu que, a partir de 2018, o repasse dos recursos financeiros federais destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde, transferidos aos demais entes federados na modalidade fundo a fundo, passam a ser organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: **Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde**” (Confederação Nacional de Municípios, 2028).

**32**

Entretanto, os mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos recursos recebidos, bem como a divulgação dos dados devem observar sua organização de acordo com os itens a seguir, o que significa criar controles internos, dos gestores do SUS, mais adequados.

I - Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde:

- a) Atenção Básica;
- b) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- c) Assistência Farmacêutica;
- d) Vigilância em Saúde; e
- e) Gestão do SUS; e

II - Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde:

- a) Atenção Básica
- b) Atenção Especializada
- c) Vigilância em Saúde;
- d) Gestão e desenvolvimento de tecnologias em Saúde no SUS; e
- e) Gestão do SUS.

Em 2018 ocorre a eleição de José Bolsonaro, que publica o Decreto PR Nº 9.795, de 17 de maio de 2019, o qual:

Apróva a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo- FCPE. (Brasil, 2019).

O Decreto cria ainda a **Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)**, que abriga três departamentos: o já existente Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), um Departamento de Saúde da Família (DESF) e um novo Departamento de Promoção da Saúde (DPS).

A Secretaria apresenta entre suas competências, compromissos que buscam enfrentar desafios de ordem estruturante, mesmo diante de um cenário de restrição orçamentária que vem sendo observado desde 2014. Entre os compromissos colocados estão: (i) ampliação do acesso da população às unidades de saúde da família, (ii) definição de um novo modelo de financiamento baseado em resultados em saúde e eficiência, (iii) definição de um novo modelo de provimento e formação de médicos para áreas remotas, (iv) fortalecimento da clínica e do trabalho em equipe, (v) ampliação da informatização das unidades e prontuário eletrônico (Reis, Harzheim, et al., 2019).

Em termos de financiamento da APS compete a SAPS:

33

- Coordenar a formulação e a definição de diretrizes para o financiamento federal das políticas, dos programas e das estratégias estruturantes e suficientes para alcançar uma atenção primária à saúde de qualidade;
- Acompanhar e avaliar a programação orçamentária e financeira dos recursos que compõem o financiamento da atenção primária à saúde;
- Formular, implementar e avaliar modelo de financiamento federal da atenção primária à saúde;
- Prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a organização e a valorização das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas

Em 12 de novembro de 2019 foi publicada a Portaria MS – GM nº 2.979, que institui o **Programa Previne Brasil** e, estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, alterando ainda a Portaria de Consolidação N.º 6 GM/MS, de 28 de setembro de 2017, no que se refere ao Título II Custeio da Atenção Primária à Saúde. Assim, no seu artigo 9º define:

*“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.”

**QUADRO 01 - Critérios a serem considerados em cada item**

Capitação Ponderada	Pagamento por Desempenho	Incentivo para Ações Estratégicas
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 (SISAB);	O cálculo do incentivo financeiro do pagamento por desempenho será efetuado considerando os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no SCNES.	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
II - A vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eSF e na eAP;	O valor do pagamento por desempenho será calculado a partir do cumprimento de meta para cada indicador por equipe e condicionado ao tipo de equipe.	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
III - O perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na eSF e na eAP; e	O incentivo financeiro do pagamento por desempenho repassado ao município ou Distrito Federal corresponde ao somatório dos resultados obtidos por equipe	
V - Classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Para o pagamento por desempenho deverão ser observadas as seguintes categorias de indicadores: I - Processo e resultados intermediários das equipes; II - Resultados em saúde; e III - Globais de APS.	
O cálculo 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.	Ato do Ministro de Estado da Saúde definirá os indicadores e as metas para o pagamento por desempenho, após pactuação na CIT. - Cabe ao Ministério da Saúde a realização do cálculo dos indicadores para a transferência do incentivo de pagamento por desempenho. - A especificação técnica dos indicadores será definida em ficha de qualificação a ser disponibilizada no endereço eletrônico do Ministério da Saúde	
Para fins de repasse do incentivo financeiro será considerada a população cadastrada na eSF e na eAP até o limite de cadastro por município ou Distrito Federal		
O limite de cadastro por município ou Distrito Federal corresponde ao resultado da multiplicação do número de suas eSF e eAP, credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), pelo quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe estabelecido no Anexo XCIX, não podendo ultrapassar a população total definida pelo IBGE		As transferências financeiras observarão as regras previstas nas normas vigentes que regulamentam a organização, o funcionamento e financiamento das respectivas ações, programas e estratégias.

FONTE: Elaborado pelo Autor a partir de MS / GM Portaria de Consolidação N.º 6 GM/MS, de 28 de setembro de 2017

**QUADRO 02 - METODOLOGIA DE CÁLCULO DA CAPITAÇÃO PONDERADA**

Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe - de acordo com a classificação geográfica do município (IBGE)

Classificação do município pelo IBGE	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de saúde da família	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de atenção primária modalidade I - 20h	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de atenção primária modalidade II - 30 h
1 - Urbano	4.000 pessoas	2.000 pessoas	3.000 pessoas
2- Intermediário Adjacente	2.750 pessoas	1.375 pessoas	2.063 pessoas
3 - Rural Adjacente			
4 - Intermediário Remoto	2.000 pessoas	1.000 pessoas	1.500 pessoas
5 - Rural Remoto			

**Pontuação do município ou Distrito Federal =**

[(população cadastrada que se enquadra na vulnerabilidade socioeconômica ou no perfil demográfico X 1,3)

+ (população cadastrada que não se enquadra na vulnerabilidade socioeconômica nem no perfil demográfico X 1)]

X peso da classificação geográfica

**Valor total da capitação ponderada = pontuação do município ou Distrito Federal (X) Valor per Capita**

## 35

A portaria ainda estabelece critérios para suspensão do pagamento dos incentivos financeiros; as formas e etapas de transição para o novo modelo de financiamento no ano de 2000; e, a obrigatoriedade de aplicar os recursos da APS em serviço e ações da APS pelos respectivos gestores de saúde. Ou seja, os recursos recebidos na nova modalidade de financiamento da APS deverão ser aplicados inteiramente nesta área, sendo a prestação de contas realizada pelo Relatório de Gestão, da respectiva unidade da federação.

Segundo dados do CONASEMS a implantação do Programa Previne Brasil em 2020 resultou num acréscimo do financiamento para a AB de R\$ 3.395.337.694,00 em relação ao ano de 2019, correspondendo a um aumento de 19,4% (veja Figura 01 abaixo (Conasems, 2020).

FIGURA 01 - Painel de Apoio - Previne Brasil – Resultado 2020



FONTE: CONASEMS: <https://www.conasems.org.br/painel/previne-brasil-resultado-2020/>

**36**

Por outro lado, dados do Fundo Nacional de Saúde (FNS), divulgado nos painéis de Repasses Fundo a Fundo (Brasil, 2021), referentes ao período de 2015 a 2021 (tabela abaixo) indicam que, em média no período de 2015 a 2017, anterior a implantação da nova forma de financiamento da AB, foram gastos R\$ 16,41 bilhões anuas com PAB Fixo e PAB Variável. Posteriormente, com a implantação da nova sistemática de pagamento foram pagos em média, no período de 2018 a 2020 R\$ 24,23 bilhões anuais, correspondendo a um aumento de 47,65%.

Assim, ambos os levantamentos (Tabela 11) demonstram aumento do volume de recursos para custeio da AB no SUS, em termos do volume de recursos financeiros. Quando olhamos estes recursos do ponto de vista do total de transferências do FNS, observa-se também a elevação do peso da AB, que passou de cerca de 25% (2015 a 2017) para 30% (2019 a 2021) do total de repasses do FNS aos Estados e Municípios.

**TABELA 11 - PAB Fixo e Variável - Repasses fundo a fundo para Estados e Municípios – 2015 - 2021**

ANO	BRUTO (em bilhões)	PERC DO TOTAL
2021	23,87	30,7
2020	24,56	29,6
2019	24,6	29,2
2018	23,53	28,7
2017	(6,8 + 10,42) 17,22	(10,2 + 15,5) 25,7
2016	(5,71 + 11,03) 16,74	(8,9 + 17,2) 26,1
2015	(5,03+ 10,25) 15,28	(8,1 + 16,5) 24,6

FONTE: Elaborado pelo autor a partir de dados do FNS. Repasses fundo a fundo.

OBS.: (PAB Fixo + PAB Variável).

[https://painelms.saude.gov.br/extensions/Portal\\_FAF/Portal\\_FAF.html](https://painelms.saude.gov.br/extensions/Portal_FAF/Portal_FAF.html)

O Ministério da Saúde edita ainda a **Portaria GM/MS N° 2.254**, em 3 de setembro de 2021, que acrescenta artigos e retira conteúdo da Portaria MS – GM n° 2.979, citada anteriormente e, altera novamente o Título II da Portaria de Consolidação N.º 6 GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da Atenção Primária à Saúde.

Em 08 de novembro de 2021 a Coordenação-Geral de Financiamento da Atenção Primária, do Departamento de Saúde da Família da SAPS, publica a **Nota Técnica N° 798/2021** que busca esclarecer a metodologia de cálculo utilizada na aplicação dos critérios descritos no **artigo 12-P da Portaria GM/MS N° 2.254**, que alterou a **Portaria de Consolidação GM/MS n° 6**. Assim detalha que a Coordenação-Geral de Financiamento da Atenção Primária deverá:

- a) identificar, a cada quadrimestre, os municípios que apresentam potencial de decréscimo de valores no custeio no modelo de financiamento da APS vigente em comparação com os valores recebidos no ano de 2019 no âmbito da Atenção Primária à Saúde, conforme os critérios estabelecidos no artigo supracitado; e
- b) calcular a cada competência financeira o valor do **fator de correção** para fins de transferência do incentivo financeiro, considerando os municípios identificados no quadrimestre com potencial de decréscimo de valores no custeio. (Brasil, 2019)

Deste modo, o **incentivo financeiro de fator de correção** e com previsão de transferência somente para o ano de 2021, passa a ser concedido de maneira permanente aos municípios que se enquadrarem na hipótese prevista no **artigo 12-P** inserido na Portaria de Consolidação GM/MS n° 6/2017. Neste sentido o CONASEMS avalia que

O Previde Brasil passou por mudanças recentemente com a Portaria n° 2.254. Dentre as alterações realizadas, foi inserido artigo que busca assegurar que a mudança do modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), que teve início em 2020, não acarrete redução dos valores financeiros repassados aos municípios, quando comparados com os recursos recebidos em 2019 (Conasems, 2021).

## **07 - Conclusões**

A Atenção Básica, ou Atenção Primária à Saúde, constituiu-se em setor importante dos Sistemas Públicos de Saúde de inúmeros países ocidentais, tanto como porta de entrada destes sistemas, assim como para a abordagem dos problemas mais frequentes das populações, com grande resolução nos agravos em saúde, além de desenvolver ações de promoção e prevenção à saúde e, reguladoras e organizadoras dos próprios sistemas de saúde. Atualmente a Atenção Básica é reconhecida pelas suas potencialidades, mesmo por setores privados de saúde, sendo proposta a sua organização até em planos de saúde, embora numa perspectiva de medicina de baixo custo.

Como observamos a implantação da AB no Brasil percorreu um longo caminho até o seu efetivo reconhecimento como um setor imprescindível na atenção integral à saúde da população e como coordenadora do cuidado e organizadora da RAS, embora essas grandes finalidades ainda estejam em fase de desenvolvimento.

Neste caminho foi alvo de diferentes propostas de implantação pelo governo federal, mas que não se efetivaram plenamente dadas as concepções destes governantes e a defesa de interesses privatizantes, principalmente dos setores previdenciários associados aos grupos de saúde privados.

Uma primeira proposta que logrou maior êxito foi desenvolvida pelo governo do Estado de São Paulo, com base na experiência da Inglaterra, pelo secretário estadual de saúde Leser, instituindo distritos sanitários e Centros de Saúde que se propunham a realizar atenção materno infantil e ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

Outra proposta, que teve maior sucesso, originou-se dos governos Municipais, no âmbito da crise da saúde previdenciária, com base na Saúde Comunitária, algumas em associação com os setores universitários nos Centros de Saúde Escola, e confluíram para o movimento municipalista em saúde e, posteriormente, ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira que ajudou a escrever o novo capítulo da saúde na constituição de 1988.

Mesmo com o SUS, o maior avanço detectado na AB diz respeito ao número de equipes de Saúde da Família implantadas nos últimos 20 anos que passaram de 2.054 em julho de 1998 para 41.619 em outubro de 2017<sup>8</sup>. Considerando o mesmo critério de que uma

---

<sup>8</sup> CARVALHO, N. R.; MOREIRA, A. C. M.; SILVA, M. A. M., ET ALL. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações evitáveis de idosos nordestinos. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, Volume 27 Especial Páginas 75-88. 2023. 2) TASCA, R; MENDONÇA, C. S.; MENDES, P. S.; BARBOSA, A. C. Q.

equipe é responsável em média por 3.450 pessoas, a cobertura de pessoas cadastradas pelas ESF nesse período passou de 4,4% da população brasileira (sete milhões de brasileiros) para cerca de 70% (143 milhões) (Pinto; Giovanella, 2018).

Entretanto, os dados aqui expostos, focados prioritariamente no financiamento da AB, nos indicam a sua posição ainda subalterna no âmbito do Sistema Público de Saúde e mais ainda no Sistema Nacional de Saúde, quando considerado o Subsistema Complementar Privado da Saúde, que é responsável por cerca de 56% do PIB em saúde, enquanto o SUS é responsável por 44%.

Além disso, este subsistema privado assiste apenas a 30% da população, ofertando principalmente a medicina especializada e hospitalar e, procedimentos com maior valor agregado e de alto custo, embora os procedimentos de altíssima complexidade e custo sejam encaminhados ao SUS, dada a concentração de serviços com maior tecnologia incorporada, como é o caso dos serviços universitários.

Assim, o acompanhamento e o aperfeiçoamento da Atenção Primária à Saúde é uma importante estratégia para a atenção integral e contínua da saúde das populações, assim como para a sobrevivência e evolução dos sistemas de saúde que têm se caracterizado por propostas em conflito, incluindo: custos crescentes versus custos adequados aos problemas de saúde das populações, dificuldades de acesso versus acesso contínuo, ações focadas versus atenção integral e, busca de lucro versus socialização dos gastos.

## **Bibliografia**

ANDRADE, Henrique Sater; ALVES, Márcia Guimarães de Mello; CARVALHO, Sergio Resende; SILVA JR, Aluísio Gomes. A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n.3, e280311, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280311>. Acesso em: 03 abr. 2024.

BARBOSA, Mirceli Goulart; ZORTEA, Ângelo Pagot et al. Financiamento da Atenção Básica à Saúde no Brasil: Do Piso da Atenção Básica à Remuneração por Desempenho. In: GOMES, Luciano Bezerra; BARBOSA, Mirceli Goulart; FERLA, Alcindo Antônio (org.). **Atenção Básica: Olhares a partir do PMAQ**. Porto Alegre: Ed. Rede UNIDA, 2016.

---

Financiamento do SUS e APS: ameaças aos avanços de três décadas. Nota Técnica, dez 2021. IN: [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT\\_Financiamento\\_APS.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT_Financiamento_APS.pdf), em 28/04/2023. 3) VELOSO, M. A.A.; CALDEIRA, A. P. Número de equipes assistenciais e internações por condições sensíveis à atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(7):2573-2581, 2022.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Góes. **Saúde e Previdência, Estudos de Política Social**. São Paulo: Hucitec, 1981.

BRASIL. Lei nº 6.036, de 1 de maio de 1974. Dispõe sobre a criação, na Presidência da República, do Conselho de Desenvolvimento Econômico e da Secretaria de Planejamento, sobre o desdobramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção, 1, Brasília, DF, 2 maio 1974.

BRASIL. Decreto nº 86.329 de 02 de setembro de 1981. Cria o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 3 set. 1981. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-86329-2-setembro-1981-436022-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 03 abr. 2024.

BRASIL. Decreto n. 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. **Diário Oficial da União**: seção1, Brasília, DF, n. 96, 21 maio 2019. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=6&data=21/05/2019>. Acesso em: 29 mar. 2024.

BRASIL. Lei n.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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 182, 20 set. 1990. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/09/1990&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=176>. Acesso em: 20 mar. 2024.

BRASIL. Portaria nº 1.886 de 18 de dezembro, 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 247-E, 22 dez. 1997. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/12/1997&jornal=1&pagina=10&totalArquivos=299>. Acesso em: 20 mar. 2024.

BRASIL. Fundo Nacional de Saúde. **Repasses Fundo a Fundo**. Disponível em: [https://painelms.saude.gov.br/extensions/Portal\\_FAF/Portal\\_FAF.html](https://painelms.saude.gov.br/extensions/Portal_FAF/Portal_FAF.html). Acesso em: 03 abr. 2024.

BRASIL. Decreto n. 19.402, de 14 de novembro de 1930. Cria uma Secretaria de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 19 de nov. 1930. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19402-14-novembro-1930-515729-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 10 abr. 2024.

Brasil. Lei n. 1.920, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 29 de julho de 1953. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/11920.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/11920.htm). Acesso em 10 abr. 2024.

BRASIL. Lei nº 6.036, de 1 de maio de 1974, Dispõe sobre a criação, na Presidência da República, do Conselho de Desenvolvimento Econômico e da Secretaria de Planejamento, sobre o desdobramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção1, Brasília, DF, 02 de maio 1974. Disponível

em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6036-1-maio-1974-357457-publicacaooriginal-25151-pl.html>. Acesso em: 10 abr. 2024.

BRASIL. Decreto n.º 86.329 de 02 de setembro de 1981. Institui o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 3 set. 1981. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-86329-2-setembro-1981-436022-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em: 10 abr. 2024.

Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. - Lei Orgânica da Saúde (1990). Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: 20 set. 1990. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/549956/publicacao/15808140>. Acesso em: 15 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.882, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua Composição. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 dez. 1997. Disponível em: <http://www.pgj.ce.gov.br/orgaos/PROSAUDE/pdf/portaria%201882.pdf>. Acesso em 15 mar. 2024.

BRASIL. Portaria n.º 1.886 de 18 de dezembro, 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 247-E, 22 dez. 1997. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/12/1997&jornal=1&pagina=10&totalArquivos=299>. Acesso em: 20 mar. 2024

41

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A Prática do Controle Social**: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2000. (Série Histórica do CNS, 1).

BRASIL. Emenda Constitucional n.º 29 promulgada em 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 178-E 14 set. 2000. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=14/09/2000>. Acesso em: 20 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 95, de 26 de janeiro de 2001**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html). Acesso em: 16 mar.

BRASIL. Portaria n.º 3.062, de 23 de agosto de 1982. Aprova o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social – CONASP. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 23 ago. p.15829, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: [http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Legislacao/Portaria\\_399\\_30\\_02\\_2006\\_Pacto.pdf](http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Legislacao/Portaria_399_30_02_2006_Pacto.pdf). Acesso em: 03 abr. 2024.

BRASIL. Portaria n. 204, de 29 de janeiro 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de

financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 jan. 2007. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0255.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2024.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo. 2012. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jan. 2012. 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: 07 dez. 2023.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF. 15 dez. 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 2 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação do SUS nº 6 de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/servico-verificacao-obito/portaria-consolidacao-6-28092017.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional, Coordenação-Geral de Estudos Econômico-Fiscais. **Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil**. 31 de outubro de 2018. Disponível em: [www.tesouro.gov.br](http://www.tesouro.gov.br). Acesso em: 03 abr. 2024.

BRASIL. Decreto Nº 9.795, de 17 de maio de 2019 Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - 1DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Diário Oficial da União: seção 1. Brasília, DF. Nº 95, segunda-feira, 20 de maio de 2019. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/05/2019&jornal=515&pagina=2&totalArquivos=152>. Acesso em: 15 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação-Geral de Financiamento da Atenção Primária. **Nota técnica nº 798/2021**. Disponível em: [https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20211108\\_N\\_SEI25000.163255202146\(2\)\\_1520576831605602660.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20211108_N_SEI25000.163255202146(2)_1520576831605602660.pdf). Acesso em 02 abr. 2024.

BRASIL. Fundo Nacional de Saúde. **Repasse Fundo a Fundo**. 2021. Disponível em: [https://painelms.saude.gov.br/extensions/Portal\\_FAF/Portal\\_FAF.html](https://painelms.saude.gov.br/extensions/Portal_FAF/Portal_FAF.html). Acesso em: 03 abr. 2024.

CAMPOS, André Luiz Vieira. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas**: o serviço especial de saúde pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, 318 p.

CARVALHO, N. R.; MOREIRA, A. C. M.; SILVA, M. A. M., ET ALL. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações evitáveis de idosos nordestinos. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, Volume 27 Especial Páginas 75-88. 2023.

CONASEMS. **Previne Brasil**: Nota técnica traz a metodologia adotada para calcular valor do repasse aos municípios e DF. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/previne-brasil>

nota-tecnica-traz-a-metodologia-adotada-para-calcular-valor-do-repasse-aos-municipios-e-df/. Acesso em: 01 abr. 2024.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Mudanças no Financiamento da Saúde**. Brasília, DF: CNM, 2018

ESCOREL, Sarah. As bases universitárias. In: ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, p. 18-30. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616-03.pdf>. Acesso em 03 abr. 2024.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2024.

ESCOREL, S. O programa de interiorização de ações de saúde e saneamento (PIASS). In: ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, p. 18-30. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616-11.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2024.

FAUSTO, Marcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Correia. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l26.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2024.

FELICIELLO, D. (org.). **Contratualização de Serviços de Saúde**. Campinas, SP: NEPP/Unicamp e Agemcamp, 2016. Disponível em: <https://www.nepp.unicamp.br/upload/documents/publicacoes/4008341434716e4771d69a8dde17e193.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2024.

FELICIELLO, D. Aspectos conceituais e operacionais do planejamento em saúde com ênfase no SUS. **Caderno de Pesquisa NEPP**, n. 90, fev. 2021. Disponível em: <https://www.nepp.unicamp.br/biblioteca/periodicos/issue/view/175/CadPesqNepp90>. Acesso em: 04 abr. 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ et al. A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea, 2013, v.4. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/z9374/pdf/noronha-9788581100180.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2024.

MALEMAD, Clarice; COSTA, Nilson do Rosário. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 993-401. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200006>. Acesso em: 02 abr. 2024.

MANSUR, Marília Coser. O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990. 2001. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5028>. Acesso em: 10 abr. 2024.

MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do sistema público de saúde brasileiro. Santiago de Chile: CEPAL, 1999.

- MELLO, Carlos Gentile. O Sistema de Saúde em Crise. São Paulo: HUCITEC, 1981.
- MENDES, Áquila; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento da atenção básica e da estratégia saúde da família no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**. Rio de Janeiro v. 38, n. 103, p. 900-916, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/j4f5QkGnpbCw5BRBDYzjSLn/?format=pdf&lang=pt9>. Acesso em: 03 abr. 2024.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. NOB – SUS -96. MS, Brasília 1997.
- MOROSINI, Márcia Valéria G. C; CORBO, Anamaria D’Andrea (org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).
- OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo e TEIXEIRA, Sônia M. Fleury. (Im)Previdência Social, 60 anos de História da Previdência no Brasil. Ed. Vozes, Petrópolis RJ, 1985.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Conferência de Cuidados Primários em Saúde, 1978, Alma-Ata, Cazaquistão. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf). Acesso em: 15 abr. 2024.
- PERILLO, Eduardo Bueno da Fonseca. Importação e implantação do modelo médico-hospitalar no Brasil. Um esboço de história econômica do sistema de saúde 1942-1966. 2008. Tese (Doutorado em História Econômica) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. doi:10.11606/T.8.2008.tde-25112008-125024. Acesso em: 15 mar. 2024.
- PINTO, Luiz Felipe; e GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva* v. 23, n. 6, p. 1903–1914, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>. Acesso em; 07 fev. 2024.
- POSSAS, Cristina. Saúde e Trabalho, A Crise da Previdência Social. Ed. Graal, RJ, 1981.
- RAMOS, Reinaldo. **A Integração Sanitária: Doutrina e Prática**. Tese (livre docência). Faculdade de Saúde Pública da USP para o Concurso de Habilitação à Livre-Docência da Disciplina de Administração Sanitária. São Paulo, Mimeo. 1972.
- REIS, J. G. dos et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3457–3462, set. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.18612019>. Acesso em: 15 mar. 2024.
- ROSEN, G. O primeiro movimento de centro comunitário de saúde In: ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- RODRIGUES, Marcia Cristina e MATTA, Fausto Gustavo Correa. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D’Andrea. (org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007.
- SINGER, André. A (falta de) base política para o ensaio desenvolvimentista. In: SINGER, André; LOUREIRO, Isabel. (org.). **As contradições do lulismo**: a que ponto chegamos? São Paulo: Boitempo, 2016.
- TASCA, R; MENDONÇA, C. S.; MENDES, P. S.; BARBOSA, A. C. Q. Financiamento do SUS e APS: ameaças aos avanços de três décadas. Nota Técnica, dez 2021. IN:

[HTTPS://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT\\_Financiamento\\_APS.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT_Financiamento_APS.pdf), baixado em 28/04/2023.

VELOSO, M. A. A.; CALDEIRA, A. P. Número de equipes assistenciais e internações por condições sensíveis à atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(7): 2573-2581 2022.

VIEIRA, Rafaela. Crise do governo Dilma: a crise econômica internacional e o “ensaio desenvolvimentista”. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL (ENPESS), 16, 2018. Vitória, ES. *Anais [...]*. Vitória, RS: Conselho Regional de Serviço Social, 2018.

## Anexos

<b>ANEXO 1 DEMAIS INSTRUMENTOS LEGAIS DA SAÚDE DE INTERESSE PARA FINANCIAMENTO DO SUS</b>	
A Lei nº 12.466, de 24 de setembro de 2011, acrescenta artigos 14a e 14b a lei 8.080, de 19/09/90, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições.	
Resolução nº 1, de 17 de janeiro de 2012, estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde	
Resolução nº 3, de 30 de janeiro de 2012, dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde	
Portaria nº 841, de 02 de maio de 2012, publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências	
Acórdão do TCU Nº 2.888/2015 - Aborda Questões Sobre Regionalização e Governança no SUS. Indicando que “a vinculação de transferências na forma de diversos incentivos, (...) pode gerar uma série de efeitos negativos para o processo de regionalização e baixa eficiência na política de saúde”.	
Resolução MS/GM Nº 37/2018 de 22 de março de 2018: Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.	

## ANEXO 2 – PERIODIZAÇÃO DAS PROPOSTAS DE CENTROS DE SAÚDE E APS NO BRASIL

PERÍODO	AUTORES / ATORES	CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS
1910 - 1919	ROSEN, 1979	Primeiros movimentos de organização de CS, como centros experimentais que unificavam serviços sociais e de saúde, voltados aos pobres nos EUA.
	Relatório FLEXNER, EUA 1910	Reforço da Medicina Especializada com reorganização das Escolas Médica, com base no desenvolvimento científico e tecnológico.
1920	Relatório DAWSON, Inglaterra	Recomenda a criação de um sistema de atenção à saúde com duas categorias de Centros de Saúde: um que oferecia assistência preventiva e curativa com clínicos gerais; e, outro com serviços especializados
	RAMOS, 1972	A criação e difusão dos Centros de Saúde para diversos países das Américas e Europa, principalmente antes e após a Primeira Guerra Mundial, bem como os vários modelos implantados, indicam as questões de saúde que as comunidades buscavam

PERÍODO	AUTORES / ATORES	CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS
		enfrentar, incluindo um variado conjunto de situações originadas de insuficiências econômicas, sociais, educacionais e de informação em saúde pública
		No final do século XIX e início do XX, algumas agências internacionais, originadas nos EUA, financiaram projetos em vários países, como a Cruz Vermelha Americana, a Fundação Rockefeller e, Commonwealth Fund
1925	PAULA SOUZA	Governo do Estado de São Paulo e seu Serviço Sanitário apresenta em 1925 projeto de criação de Centros de Saúde, constituindo-se na primeira iniciativa do país e da América Latina, financiada com recursos próprios do governo estadual.
1930- 1940	RAMOS, 1972	Experiência do Estado de São Paulo difunde-se para outros governos estaduais incluído Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia e Pernambuco, além do Distrito Federal
1934	Reforma CARLOS CHAGAS (1920)	O Departamento Nacional de Saúde Pública instituiu o modelo dos centros de saúde na administração sanitária brasileira a partir de 1934
1942	Governo Federal, com base na Resolução da Terceira Reunião dos Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas	Autorizou ao então Ministério da Educação e Saúde (Brasil, 1930), organizar o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP - Decreto Lei nº 4.275, 17.4.1942), em cooperação com o Institute of Interamerican Affairs, criado em 1940 e coordenado por Nelson Rockefeller do Governo Americano. O SESP foi criado em paralelo ao Ministério de Educação e Saúde, com grande autonomia, recursos estrangeiros e estrutura e pessoal com gerência autônoma.
	CAMPOS, 2006	Detectam-se quatro pilares de sustentação do novo projeto de saúde pública do SESP no Brasil: capacitação de pessoal de saúde; educação sanitária; estabelecimento de uma rede horizontal integrada de unidades de saúde (centros de saúde); e expansão desta rede pelos departamentos estaduais de saúde.
	RAMOS, 1972	Efetivamente a partir de 1948 o SESP assumiu a assistência nas suas áreas de atuação, o que já vinha sendo discutido no 7º Congresso Brasileiro de Higiene.
1953	Criação do Ministério da Saúde pelo Governo Federal. RAMOS, 1972,	Somente na década de 1950 se disseminam as concepções e discussões sobre a integração da prevenção e assistência nos Centros de Saúde, multiplicando ações práticas por influência do SESP e da ação dos Governos Estaduais, contrariando as diretrizes federais, mesmo após a criação do Ministério da Saúde em 1953.
1966	Governo Federal	No período militar, a partir de 1964, criou-se uma instituição que se ocuparia da saúde do trabalhador: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1966. O INPS foi resultante do processo de centralização dos IAPs e CAPs, junto ao Ministério do Trabalho e Previdência Social (1960)
1974	Governo Federal cria o Ministério da Previdência e Assistência Social	A lei nº 6.036, de 1 de maio de 1974, criou o Ministério da Previdência e Assistência Social, desmembrado do Ministério do Trabalho e Previdência Social (1960). Substituiu-se o INPS em 1974 pelo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), voltado a prestação de serviços médicos previdenciários exclusivos ao trabalhador com carteira assinada. Este modelo médico-previdenciário implementou um modelo

PERÍODO	AUTORES / ATORES	CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS
		médico hospitalar especializado e privatizante, dicotomizado do Ministério da Saúde.
1972	UNICAMP - DMSP	Laboratório de Estudos em Medicina Comunitária (LEMC) em convênio com a Fundação Kellog. Cria o Projeto de CS Escola em Paulínia e de Centros Médicos Comunitários em Campinas, estes com modelos diferenciados.
	DMSP – ESCOLAS MÉDICAS	A partir de meados de 1970 vários DMSP instalam CS Escola, financiados pelas Escolas Médicas ou em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, com diferentes modelos técnicos e assistenciais.
1976	MINISTÉRIO DA SAÚDE - PIASS	Ministério da Saúde, com base nestas experiências, principalmente a de Montes Claros (MG), aprovou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Nordeste (Decreto nº 78.307, de 24/8/1976), bem como sua intensificação e expansão para o período 1980-1985.
1978	PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS - SP	Incorpora os 03 Centros Médicos Comunitários iniciados no Projeto LEMC da UNICAMP e cria mais 02 CS, Conceição e Aparecidinha. Até o final do Governo inaugura cerca de 28 CS.
	ALMA ATA	A partir da I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada no ano de 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão, buscou-se uma definição para APS, mas numa perspectiva de uma proposta simplificada para populações pobres. Participação de vários Secretarias Municipais de Saúde
1980	Medicina Previdenciária e Ministério da Previdência e Assistência Social	O modelo médico previdenciário vive uma intensa crise política, econômica e assistencial que se inicia em meados de 1975 e atinge seu auge em 1980, colocando em xeque a própria previdência social, levando ao surgimento de propostas como PREV-SAÚDE e CONASP
	PLANO CONASP	A partir das diretrizes do Plano elaborado pelo CONASP foram criadas e implementadas duas propostas consideradas precursoras do SUS: as AIS – Ações Integradas de Saúde (1984) e o SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (1987).
1986	VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) é considerada um marco na história das conferências e para a saúde pública no Brasil. Realizada em 1986, ela foi a primeira Conferência Nacional da Saúde aberta à sociedade e seu relatório final serviu de base para o capítulo sobre Saúde na Constituição Federal de 1988, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS)
1988	CONGRESSO NACIONAL	Aprovação da Nova Constituição Federal que institui o Sistema Único de Saúde (SUS)
1990	PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA	Edição, pela Presidência da República, Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos, da Lei Orgânica da Saúde que define como o SUS será regulamentado e implantado, com as responsabilidades das várias esferas de governo
A partir de 1991	MINISTÉRIO DA SAÚDE	As Normas Operacionais Básicas do SUS 91, 93 e 96 são resoluções do Ministério da Saúde que estabelecem diretrizes e normas para a organização e funcionamento do SUS. Elas abordam diversos aspectos, como a estruturação da rede de saúde, a organização dos serviços, a gestão do sistema, a participação social, entre outros.

PERÍODO	AUTORES / ATORES	CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS
1996	MINISTÉRIO DA SAÚDE	A NOB/SUS 96 implementou uma nova alternativa de financiamento da AB com base em um valor per capita, compondo o Piso de Atenção Básica (PAB)
		Esta NOB cria o Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS),
2000	CONGRESSO NACIONAL	EC-29 / 2.000 - 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
2002	MINISTÉRIO DA SAÚDE	NOAS / 2002 - A NOAS-SUS 01/2002 amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.
2006	MINISTÉRIO DA SAÚDE	Pacto pela Saúde / 2006 - O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde.  O documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão
	MINISTÉRIO DA SAÚDE	Publicação da Política Nacional de Atenção Básica (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA), em 28 de março de 2006 segundo a Portaria nº GM/648 do MS
2011	PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA	Decreto 7.508 de 28 de junho 2011 que detalhou diversas diretrizes para organização do SUS, no sentido de implantação das REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
2011	MINISTÉRIO DA SAÚDE	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA 2011 - Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, (Saúde mais perto de você) 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)
2017	CONASEMS E MINISTÉRIO DA SAÚDE	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA 2017
2019	INÍCIO NA CHINA	Alastramento para a Europa, Américas e o Brasil da PANDEMIA COVID-19
	PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA GOVERNO FEDERAL	Decreto PR Nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Decreto cria a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) no Ministério da Saúde. Revogado pelo decreto Nº 11.098, de 20/06/2022.  Vários Decretos foram alterados, revogados e editados, estando em vigência atualmente:  Decreto nº 12.036 de 28 de maio de 2024  Artigo 2º O Ministério da Saúde tem a seguinte estrutura

PERÍODO	AUTORES / ATORES	CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS
		<p>organizacional:</p> <p>II - órgãos específicos singulares:</p> <p>a) Secretaria de Atenção Primária à Saúde:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária;</li> <li>2. Departamento de Gestão do Cuidado Integral;</li> <li>3. Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde; e</li> <li>4. Departamento de Apoio à Gestão da Atenção Primária;</li> </ol>
	MINISTÉRIO DA SAÚDE	Em 12 de novembro de 2019 publicada a Portaria MS – GM nº 2.979, que institui o <b>Programa Previne Brasil</b> e, estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde
2021	MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	Manual instrutivo financiamento do APS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
2022	MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	<p>NOTA TÉCNICA Nº 3/2022-DESF/SAPS/MS</p> <p>1. ASSUNTO</p> <p>1.1. Indicadores de Pagamento por Desempenho do <b>Programa Previne Brasil (2022)</b> de que trata a Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022, publicada no diário oficial da união em 21 de janeiro de 2022</p>



**UNICAMP**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

**NEPP**

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

Av. Albert Einstein, 1300

Campinas - SP - Brasil

CEP. 13083-852

TEL: (019) 3521-2495 / 3521-7266

E-mail: [nepp@nepp.unicamp.br](mailto:nepp@nepp.unicamp.br)

E-mail: [nepp00@unicamp.br](mailto:nepp00@unicamp.br)

Homepage: [www.nepp.unicamp.br](http://www.nepp.unicamp.br)