

A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal

Primary health care policy in Brazil: notes on Federal regulation and funding

Ana Luisa Barros de Castro ¹
Cristiani Vieira Machado ¹

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

A. L. B. Castro
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Santa Catarina 930, apto. 64, Bloco C, Curitiba, PR 80610-090, Brasil.
analuisasb@yahoo.com.br

Abstract

This article analyzes the Federal implementation of primary health care policy in Brazil from 2003 to 2008, considering the government functions of health planning, regulation, financing, and health services delivery. The methodology included literature and document review, interviews with key policy actors, budget analysis, and health database analysis. The analysis showed a reduction in direct Federal health services delivery and weaknesses in Federal planning. Federal performance mainly involved regulation, based on norms linked to financial mechanisms. As for funding, the results showed a slight increase in the share for primary care in the Federal budget, adjustments, and creation of new incentives, some aimed at equity. Although some progress occurred, a remaining challenge is to reconfigure the Federal regulatory model and ensure a greater supply of resources for primary health care in Brazil.

Health Financing; Health Management; Health Policy; Primary Health Care

Introdução

A partir dos anos 1970, o debate sobre a atenção primária à saúde se intensifica internacionalmente, resultante dos questionamentos a respeito da organização da atenção à saúde, baseada em um modelo médico hegemônico especializado e intervencionista, com fragmentação da assistência e pouco impacto na melhoria da situação de saúde da população. Outro fator que impulsionou esse debate foi a lacuna existente entre o estado de saúde nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento, que chamava atenção para a desigualdade no acesso aos serviços de saúde ¹.

A valorização do tema da atenção primária à saúde pode ser observada nos planos político e acadêmico, em âmbito nacional e internacional, nas propostas das agências internacionais e nos processos de reformas dos sistemas de saúde nos anos 1980 e 1990 ².

O termo atenção primária à saúde é analisado segundo diferentes dimensões ³, podendo variar desde uma concepção mais abrangente, estruturante do sistema de saúde, até uma concepção mais restritiva e seletiva ⁴. A implementação de determinada perspectiva está diretamente relacionada às particularidades do sistema de saúde de cada país, que são implementados em distintas conjunturas sociais, políticas e econômicas, e estão constantemente

sob tensão de interesses conflitantes, característica marcante do setor saúde.

No Brasil, a década de 1990 foi marcada por importantes mudanças na política nacional de atenção primária à saúde e por grande investimento na ampliação do acesso à saúde. Pode-se dizer que tais transformações se relacionam tanto às mudanças no arranjo federativo instaurado após a Constituição de 1988 e ao processo de descentralização, como ao destaque assumido pela atenção primária à saúde na agenda setorial, principalmente a partir de meados da década de 1990.

Em relação ao primeiro aspecto, o novo arranjo federativo na saúde compreendeu avanços no movimento de descentralização político-administrativa, com ênfase na municipalização; o estabelecimento de novos mecanismos de financiamento na saúde; e a progressiva transferência de responsabilidades pela execução direta de ações e serviços de saúde a estados e principalmente a municípios, com destaque para os ambulatoriais.

No entanto, grande parte dos municípios no país é de pequeno porte, com pequena base econômica de sustentação e, portanto, dependente de transferências intergovernamentais. Em muitos deles não havia sequer uma base técnica local para formular e implementar políticas de saúde no âmbito municipal, ou mesmo assumir a gestão da rede de serviços de saúde do município, nos casos onde havia serviços de saúde instalados^{5,6}.

A redistribuição de poder e de competências entre os três entes federativos gerou mudanças na forma do gestor federal exercer suas funções. No que diz respeito ao processo de formulação de políticas e planejamento, a incorporação de novos atores representou uma alteração significativa, visto que a trajetória da política de saúde brasileira havia sido marcada por um elevado grau de centralismo. No que concerne à regulação em saúde, o Executivo federal, historicamente forte no federalismo brasileiro⁷, reafirmou seu poder sobre estados e municípios por meio da edição de normas e portarias atreladas a mecanismos financeiros. Essa característica do modelo de intervenção adotado pelo gestor federal marcou a condução da política nacional de saúde na década de 1990⁸.

Apesar da execução direta de ações e serviços de atenção primária à saúde ser atribuição da esfera municipal, o Ministério da Saúde tem papel relevante na determinação desta política em âmbito nacional, por ser um importante órgão formulador e financiador das políticas de saúde e pelo caráter indutor da política federal de incentivos para a atenção primária à saúde⁹. Ainda

que a participação da União no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) tenha diminuído ao longo da década de 1990, durante todo o período foi superior a 50%, revelando o importante papel desempenhado pela esfera federal no financiamento do sistema de saúde.

No que concerne ao segundo aspecto – a priorização da atenção primária à saúde pelo gestor federal – o enfoque da atenção primária predominante na agenda do Ministério da Saúde a partir de meados dos anos 1990 se inseriu numa perspectiva de reorganização do sistema, de mudança do modelo de atenção e, vinculado no plano discursivo, à busca de consolidação dos princípios do SUS de universalidade e integralidade. O esforço de reorganização do sistema com base na atenção primária à saúde tem sido pautado por estudos como o de Starfield¹⁰. Essa autora aponta que sistemas de saúde orientados para a atenção primária apresentam impacto positivo nos indicadores de morbi-mortalidade, pois promovem cuidados em saúde mais efetivos e alcançam maior efetividade, eficiência e equidade, quando comparados a sistemas voltados para atenção especializada.

Com a aprovação da *Norma Operacional Básica do SUS* de 1996 (NOB-SUS 01/96), o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) foram enfatizados pelo ministério como estratégias prioritárias para o fortalecimento da atenção primária nos sistemas municipais de saúde. De acordo com Fausto¹¹, o PSF trouxe incontestável relevância para a atenção primária na agenda decisória da política nacional de saúde – tema que não ocupava posição de destaque até 1995 – e tem motivado os dirigentes a persistirem nesta direção.

O início de uma nova conjuntura política em 2003 após ascensão de Lula à Presidência da República suscitou numerosos questionamentos relativos à condução da política nacional de saúde. No novo governo ocorreriam inflexões importantes na agenda e no modelo de intervenção federal na saúde? A atenção primária à saúde continuaria a desempenhar um papel prioritário? Haveria mais elementos de continuidade ou de mudança na condução dessa política em relação ao período anterior?

Este artigo analisa a condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil, no período de 2003 a 2008. Considerando que o modelo de intervenção federal na saúde pode ser caracterizado a partir da configuração de quatro funções de Estado principais⁸ – planejamento; regulação; financiamento; execução direta das ações – o trabalho enfoca as duas funções federais mais proeminentes no período.

do: a regulação e o financiamento da política de atenção primária à saúde.

Metodologia

A pesquisa sobre a condução federal da política de atenção primária à saúde envolveu diversas estratégias metodológicas: realização de revisão bibliográfica; análise documental; análise de bases de dados secundários; análise orçamentária e realização de sete entrevistas semi-estruturadas com atores-chave da política, escolhidos segundo os critérios de cargo ocupado e tempo de atuação na política de atenção primária à saúde.

Para a análise da função federal de regulação, compreendida como o conjunto de estratégias voltadas para a modulação do sistema de saúde segundo determinadas regras ou parâmetros nacionais, valorizou-se neste trabalho a análise das portarias federais. Tal opção se deve à constatação de que a forma hegemônica de atuação do gestor federal na saúde que se afirmou no final dos anos 1990 foi a indução de políticas e programas federais por meio de portarias atreladas a mecanismos de financiamento^{8,12}.

As portarias expedidas no período de janeiro de 2003 a junho de 2008 foram levantadas valendo-se da consulta sistemática às bases de dados do portal do Sistema de Legislação da Saúde do Ministério da Saúde – Saúde Legis (http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM). Os seguintes descritores foram utilizados: atenção básica; atenção primária à saúde; PSF; agentes comunitários de saúde; Piso de Atenção Básica (PAB) fixo; PAB variável e assistência farmacêutica básica. Cabe mencionar que os termos atenção básica e atenção primária à saúde são usados neste trabalho sem distinção.

Após a sistematização e análise das portarias foi realizada a sua classificação em oito grupos temáticos: atenção básica (diretrizes); financiamento; gestão; PSF; assistência farmacêutica básica; recursos humanos; sistemas de informação, monitoramento e avaliação; outros. Tendo em vista a magnitude dos grupos gestão e financiamento, estes foram divididos em subgrupos.

Já o estudo do financiamento federal da atenção primária à saúde, considerou os seguintes aspectos: (a) a evolução do montante de recursos do orçamento do Ministério da Saúde destinado à atenção básica; (b) o peso da atenção básica no conjunto do orçamento do Ministério da Saúde; (c) a distribuição dos recursos da atenção básica por região e Unidade da Federação (UF); (d) a distribuição dos recursos da atenção básica por programa ou estratégia. Optou-se pela utilização de

duas diferentes fontes: Sistema de Informações sobre Planos e Orçamento Público (SIGA Brasil; http://www9.senado.gov.br/portal/page/portal/orcamento_senado/SigaBrasil); e a base de dados de recursos federais do SUS, disponível na página eletrônica do Departamento de Informática do SUS (DATASUS; <http://www.datasus.gov.br>). Para construção dos indicadores com base no SIGA, foram considerados os valores empenhados com ações e serviços de saúde e excluídos os referentes a pagamento de dívidas, inativos e pensionistas, e transferência de renda com condicionalidades, a fim de saber a evolução do montante e o peso da atenção básica no orçamento federal. A análise da execução orçamentária federal baseando-se nessa fonte foi feita para o período de 2004 a 2007, correspondente ao ciclo do primeiro Plano Plurianual (PPA) do governo Lula. Já as informações a respeito da transferência de recursos federais diretamente aos municípios ou estados obtidas no banco de dados do DATASUS, foram analisadas para o período de 1998 a 2006. A definição do ano de 1998 para o início da série se deve às mudanças operadas no financiamento a partir desse ano, relacionadas ao início da implementação da NOB-SUS 01/96, que geraram uma notável mudança no perfil das prioridades da política alocativa federal¹³.

Para comparação intertemporal dos indicadores obtidos nas duas fontes analisadas foi realizada a correção dos valores para dezembro de 2007, com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE; <http://www.ibge.gov.br>).

Resultados

No período de análise, foi possível identificar elementos de continuidade e mudança em relação ao período anterior no que diz respeito à condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil. Observaram-se redução na função de execução direta das ações e serviços de saúde, fragilidades no planejamento e ênfase no papel federal de regulação e financiamento de políticas.

A prestação direta de serviços federais ambulatoriais é residual e limitada a algumas realidades estaduais, fato coerente com o movimento de redefinição do papel do Estado e com o processo de descentralização político-administrativa com ênfase na municipalização. No que concerne à função de planejamento, embora tenha havido esforços no sentido de elaboração de planos federais mais integrados, a análise sugere déficit de planejamento em médio e longo prazos voltado

para a superação de problemas estruturais e predomínio de estratégias de planejamento normativo, em consonância com o apontado por outros autores^{2,6,14}.

Em síntese, ainda que em uma nova conjuntura, o poder de regulação do Ministério da Saúde permaneceu sendo exercido usando-se a edição de centenas de portarias federais. Até mesmo a Política Nacional de Atenção Básica foi publicada em 2006 por meio de uma portaria, revelando a preferência do gestor federal por este tipo de instrumento. O financiamento por sua vez também manteve o padrão do período anterior, de vinculação de recursos federais aos programas prioritários do ministério. A seguir serão apresentados os principais achados da pesquisa com relação à regulação e ao financiamento federais.

Regulação

A função federal de regulação na saúde se exerce principalmente por meio de portarias atreladas a mecanismos financeiros. O período de estudo é marcado pelo grande volume de portarias relevantes para a atenção básica (Tabela 1).

Observa-se que o número total de portarias cai de forma expressiva entre 2003 e 2005, depois se estabiliza e parece apresentar nova tendência de aumento entre 2007 e 2008 (somente o primeiro semestre consta na Tabela 1). Durante todo o período, o maior número de portarias correspondeu aos grupos de gestão e de financiamento.

Dentre as portarias do grupo atenção básica (diretrizes), a principal publicação foi a Política Nacional de Atenção Básica, que estabelece as diretrizes e normas para organização da atenção básica, para o PSF e o PACS. Em termos gerais, a principal característica que define a produção normativa desse grupo foi a ampliação do escopo das ações no âmbito da atenção básica, com destaque para ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

A análise das portarias de gestão indicou que no que diz respeito à gestão federal da política nacional da atenção básica predomina a lógica de reconhecimento de municípios que cumprem os requisitos impostos pela normativa federal, como parte do processo de descentralização no SUS. Durante o período é significativa a presença de portarias de habilitações, embora com tendência descendente a partir de 2004. Esse decréscimo se justifica a partir de dois fatos: a instituição de única forma de habilitação para os municípios, e o Pacto pela Saúde 2006, que substitui o processo de habilitação de estados e municípios e institui a assinatura de Termos de Compromisso de Gestão como a nova forma de acordo entre as diferentes esferas gestoras.

No grupo de financiamento destacam-se as portarias que regulamentam as transferências de recursos, em consonância com a política de indução exercida pelo ministério, e portarias que reajustam incentivos, uma das principais ênfases no período.

De 2003 a 2005, observa-se um pequeno decréscimo na regulamentação das transferências de recursos, seguido por um aumento expressivo no período seguinte. Essa inflexão é decorrente dos incentivos de assistência farmacêutica básica, cujos recursos financeiros federais passaram a ser descentralizados, e do incentivo de compensação de especificidades regionais, cuja regulamentação e publicação de valores ocorrem por meio de portarias.

Desde o início do governo, houve um esforço em reajustar importantes incentivos, tais como o valor do PAB fixo, sem alteração desde a sua implantação e que no período de estudo passou por três reajustes. Correções também foram feitas nos incentivos para saúde da família, saúde bucal, PACS e para a assistência farmacêutica básica. Inovações relevantes foram a inclusão da população de assentados na base de cálculo do PAB fixo e a atualização anual do seu valor utilizando a população estimada pelo IBGE.

Uma das mudanças mais importantes no período foi a criação, em 2006, dos blocos de financiamento que são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados. Em que pesem os avanços e mudanças gerados com a criação desses blocos – como a relativa autonomia dos entes subnacionais na gestão orçamentária, pois os recursos passam a ser depositados em conta única para cada bloco –, a lógica de distribuição de grande parte dos recursos permanece inalterada. O repasse só é efetivado mediante adesão do município ou estado ao referido programa e o compromisso da implementação das ações a que se destinam, permanecendo então limitada a autonomia decisória dos entes subnacionais.

De modo geral, a análise desse grupo evidenciou mudanças significativas em relação ao financiamento federal da atenção básica. Esforços foram feitos para a correção do valor do PAB fixo, ainda que com dificuldades para manter seu aumento sistemático, e também para a contemplação de um dos três mega-objetivos do Plano Plurianual do Governo Federal que é a inclusão social e redução das desigualdades sociais. As populações especiais como os assentados, os quilombolas e os indígenas foram consideradas no financiamento federal da atenção primária à saúde, em coerência com as diretrizes da política social proposta por Lula.

Tabela 1

Distribuição das portarias federais relativas à atenção primária à saúde segundo grupo e subgrupo. Brasil, Janeiro de 2003 a junho de 2008.

Grupos/Subgrupos	2003	2004	2005	2006	2007	2008 *	Total
Atenção básica (diretrizes)	0	3	1	4	1	0	9
Gestão	132	80	52	45	37	28	374
Habilitações	113	64	43	39	30	23	
Regulamentação das habilitações de estados e municípios	3	2	1	0	0	0	
Rotinas administrativas	16	14	8	6	6	3	
Homologação de Termos de Compromisso	0	0	0	0	1	2	
Financiamento	26	17	14	17	39	33	146
Regulamentação da transferência de recursos	16	10	10	14	36	32	
Criação de incentivos	1	1	2	1	0	0	
Reajuste de incentivos	9	6	2	2	3	1	
Programa Saúde da Família (PSF)	6	13	0	9	5	1	34
Assistência farmacêutica básica	1	1	3	1	1	0	7
Recursos humanos	1	1	7	1	4	0	14
Sistemas de informação, monitoramento e avaliação	3	2	0	3	2	2	12
Outros	3	1	3	2	2	1	12
Total	172	118	80	82	91	65	608

Fonte: Elaboração própria com base na página portal do Sistema de Legislação da Saúde do Ministério da Saúde – Saúde Legis (http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM).

* Somente portarias de janeiro a junho de 2008.

Além disso, ainda que de forma tímida, pela primeira vez foram empregados indicadores de condições sociais como critério para diferenciar os repasses federais relativos à atenção básica aos municípios. A utilização desses indicadores está associada à busca da equidade no âmbito do financiamento do SUS¹⁵, uma das atribuições do gestor federal na implementação de um sistema nacional de saúde em um país federativo e desigual como o Brasil.

No que diz respeito ao grupo PSF, durante todo o período observa-se um quantitativo maior de portarias referentes ao Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), citado pela maioria dos entrevistados como uma das estratégias prioritárias da atenção básica no período. À exceção do PROESF, foram poucas as portarias editadas sobre o PSF. Tais portarias surgem somente a partir de 2005, voltadas para a regulação da atividade e/ou incorporação de novos profissionais à estratégia de saúde da família, com o intuito de ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, bem como sua resolutividade.

Uma portaria muito relevante desse grupo foi a que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), publicada em janeiro de 2008, pela significativa inovação que representou na política nacional de atenção primária à saúde no

país. A estratégia reafirmou o modelo de PSF em vigor desde a sua criação no ano de 1994, deslocando o debate da flexibilização da porta de entrada para o âmbito do apoio às equipes de saúde da família.

Em suma, é possível apontar com base na análise desse grupo que, no período, as iniciativas adotadas foram desenhadas com o intuito de enfrentar algumas das fragilidades identificadas pelo ministério na implantação da saúde da família, tais como a expansão nos grandes centros e a necessidade de aumentar a resolutividade da estratégia.

Os principais temas abordados nas portarias que compõem o grupo assistência farmacêutica básica foram a instituição de câmaras e grupos técnicos, com ênfase na estratégia de saúde da família, e a normatização deste tipo de atenção. Houve mudanças no que diz respeito ao financiamento tripartite, sendo revistas as responsabilidades de cada esfera de governo em programas específicos. Em termos gerais, o período é marcado por mudanças nos mecanismos de financiamento da assistência farmacêutica no SUS, com repercussões importantes na atenção básica. Ressalte-se a regulamentação dos blocos de financiamento e o aumento dos valores das transferências federais, bem como das contrapartidas estaduais e municipais.

Destaca-se a ênfase na descentralização desses recursos para as demais esferas de governo. Isso suscita a reflexão sobre a diversidade dos municípios brasileiros em termos de capacidade de gestão e de escala para a realização de compras, o que pode afetar os preços de aquisição e o acesso da população aos medicamentos. Um dos desafios que permanece é a garantia do acesso a medicamentos na atenção básica, pois este é fator crucial para a resolutividade da atenção. Por outro lado, cabe mencionar o destaque governamental conferido ao programa Farmácia Popular do Brasil, outra estratégia voltada para a disponibilização de medicamentos básicos e essenciais para a população, porém baseada no co-pagamento usuários-Estado de medicamentos ofertados em farmácias públicas ou privadas conveniadas^{16,17}.

A análise do grupo recursos humanos permite caracterizar dois momentos em relação à produção normativa. Inicialmente, entre 2003 e 2005, foram editadas portarias pontuais, de autoria da recém-criada Secretaria de Gestão e Educação no Trabalho em Saúde (SGETS) em parceria com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) ou de forma independente, que abordavam o perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde e estabeleciam as normas operacionais para a o financiamento de projetos voltados para a sua formação inicial.

A partir de 2006, há uma mudança significativa com relação à produção e autoria das portarias, com predomínio de portarias de autoria do gabinete do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, voltadas para programas como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde); o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET Saúde); e o Telessaúde.

A preocupação com a formação dos profissionais que atuam na atenção básica incluiu as pós-graduações *lato sensu*. Em 2007, foi publicada a portaria que dispõe sobre a residência multiprofissional em saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Essa portaria é resultado da luta do movimento dos residentes multiprofissionais em saúde, que buscava o reconhecimento formal desta modalidade de ensino.

Ressalte-se que a questão da formação inadequada de recursos humanos para atenção básica foi citada pela maioria dos entrevistados da pesquisa como um dos principais nós críticos para a qualificação da atenção primária à saúde no Brasil. No período analisado evidenciaram-se esforços no sentido de enfrentar tal problema, com base nas parcerias feitas com o Ministério da Educação, que resultaram na proposição de

estratégias de mudanças curriculares e fortalecimento da formação nos serviços de saúde, em geral orientadas para a estratégia de saúde da família.

Em termos gerais, as portarias do grupo sistemas de informação, monitoramento e avaliação refletem as mudanças da política nacional de saúde como um todo e também no âmbito da atenção básica. No período do estudo ocorreu um esforço de fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação na atenção básica, observado não só mediante a análise das portarias como também pela análise documental e entrevistas.

No que concerne à pactuação de metas sanitárias e percentuais de cobertura do PSF entre os três gestores, houve uma alteração importante. Em 2007, foi instituído um único processo de pactuação, resultado da unificação do Pacto da Atenção Básica, do Pacto de Indicadores da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde, e dos indicadores propostos no Pacto pela Saúde.

Nas entrevistas, as opiniões com relação à unificação dos pactos foram divergentes. Alguns entrevistados apontaram como um avanço, visto que a existência de diversos instrumentos de pactuação formados por indicadores similares era objeto de crítica de diferentes atores do setor. Porém, outros apontaram como uma perda para a atenção básica, já que não teria sido adequadamente considerado um processo histórico de anos de pactuação.

Ainda nessa perspectiva, em 2007 foi submetida à consulta pública, e no ano seguinte ocorreu a publicação da *Lista Brasileira de Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Básica*. A lista é composta por doenças infecciosas e crônicas, tradicionalmente abordadas nesse nível de atenção.

O fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação voltadas para a atenção básica foi um avanço. Se a trajetória histórica dessa política revela a ênfase na ampliação do acesso, no período estudado buscou-se também aprimorar os mecanismos de avaliação da qualidade das ações no âmbito da atenção primária à saúde, tendo como norte o princípio da integralidade.

Por último, cabe enfatizar o grande número de portarias *versus* o pequeno número de instrumentos legais editados no período (somente três), sinalizando que a política nacional de atenção primária à saúde tem sido objeto de regulamentação pelo Executivo, sendo que o Legislativo não tem tido grande destaque na formulação desta política.

Financiamento

Baseando-se na análise da execução do orçamento do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde por programas, foi possível constatar que o programa “atenção básica” como exposto no SIGA Brasil não incorporava algumas ações e serviços que são tradicionalmente abordados neste nível de atenção. Nesse sentido, optou-se pela utilização de três formas de agregação dos dispêndios federais com a atenção primária à saúde: (1) Programa Atenção Básica, referente somente ao conjunto de ações enquadradas para fins orçamentários neste programa (APS 1); (2) Programa Atenção Básica, mais os incentivos referentes à Farmácia Básica e às ações básicas das vigilâncias epidemiológica e sanitária (APS 2); (3) Programa de Atenção Básica, mais os incentivos referidos no item 2, acrescido dos valores referentes ao Programa Nacional de Imunização (PNI) e alimentação saudável (APS 3).

A Figura 1 mostra a evolução da execução orçamentária do Ministério da Saúde no período

de 2004 a 2007, considerando essas três formas de agregação dos dispêndios com as ações de atenção básica.

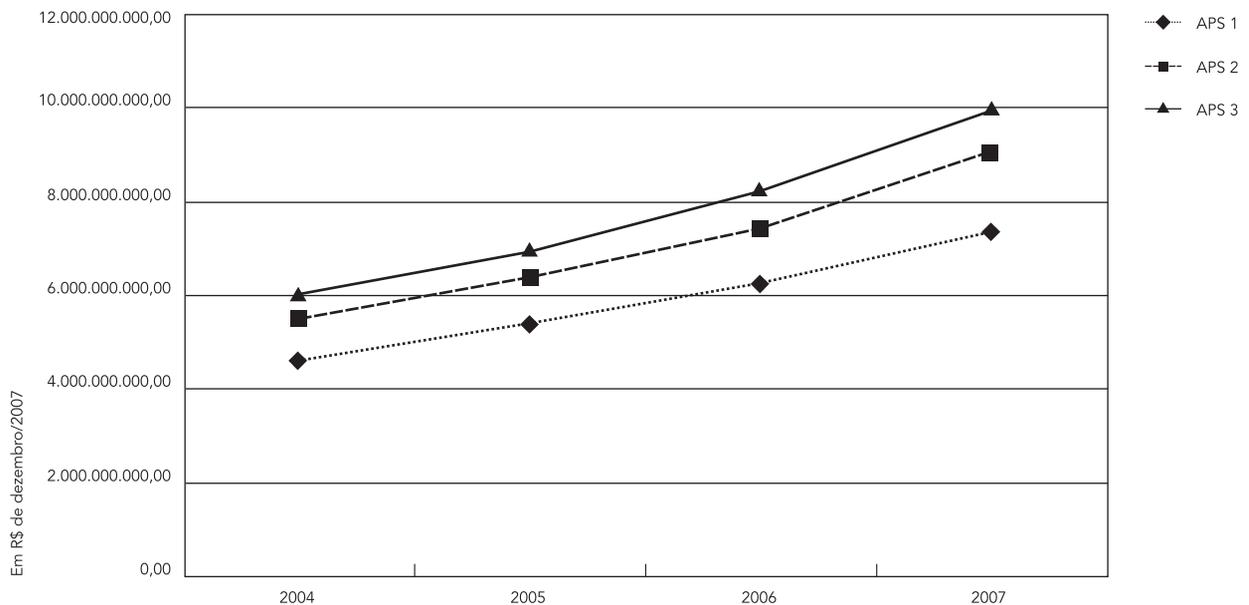
O valor da execução orçamentária do ministério com a atenção primária à saúde apresentou tendência ascendente no período. É possível observar ainda que há uma diferença significativa quando o programa “atenção básica” é acrescido de outras ações que são realizadas no âmbito deste nível de atenção, mas estão computadas em outros programas orçamentários.

Em termos relativos, também houve no período aumento da participação da atenção básica na execução orçamentária do Ministério da Saúde que, considerando as três agregações adotadas, alcançou em 2007, respectivamente, 16%, 19% e 21% dos dispêndios federais com ações e serviços de saúde.

Em relação às transferências federais do SUS, o primeiro aspecto analisado foi a evolução dos valores *per capita* da atenção básica e média e alta complexidades. A Figura 2 mostra a evolução desses valores no período de 1998 a 2006.

Figura 1

Evolução da execução orçamentária do Ministério da Saúde com o Programa Atenção Básica, em valores ajustados pela inflação. Brasil, 2004 a 2007.

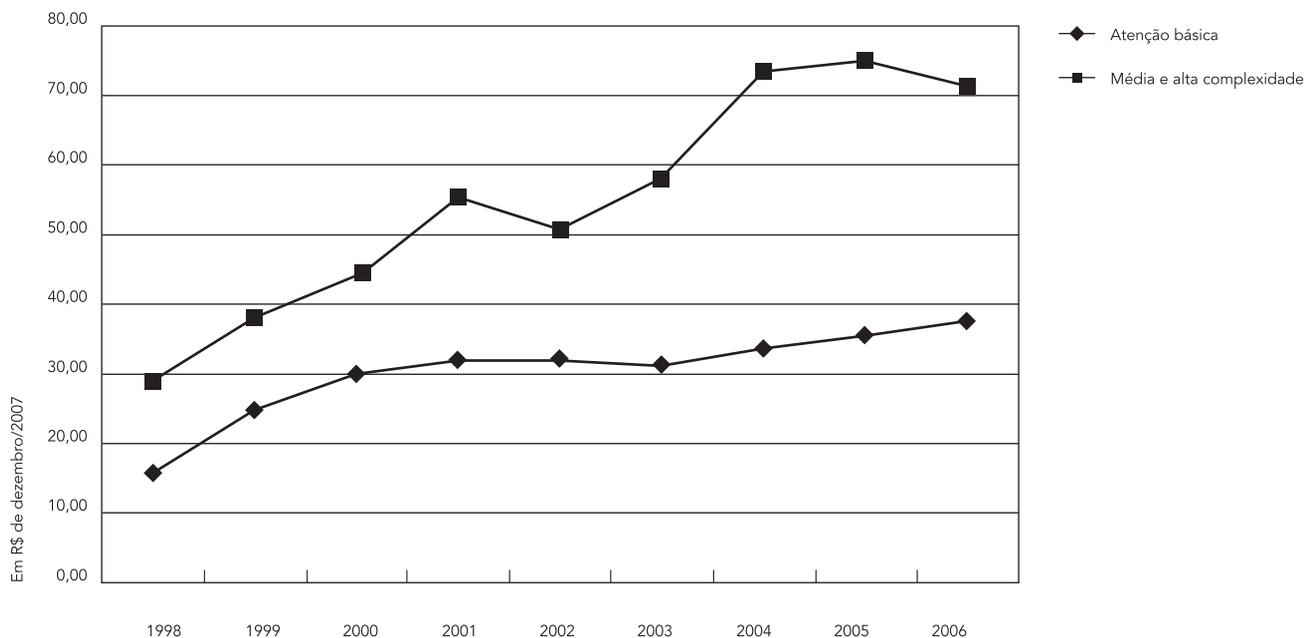


APS 1: Programa Atenção Básica, referente somente ao conjunto de ações enquadradas para fins orçamentários neste programa; APS 2: Programa Atenção Básica mais os incentivos referentes à Farmácia Básica e às ações básicas das vigilâncias epidemiológica e sanitária; APS 3: Programa de Atenção Básica mais os incentivos referidos no item 2, acrescidos dos valores referentes ao Programa Nacional de Imunização (PNI) e alimentação saudável.

Fonte: Elaboração própria com base no Sistema de Informações sobre Planos e Orçamento Público (SIGA Brasil; http://www9.senado.gov.br/portal/page/portal/orcamento_senado/SigaBrasil).

Figura 2

Evolução dos valores *per capita* (em Reais de dezembro/2007) referentes às transferências federais da atenção básica, e média e alta complexidades, ajustados pela inflação. Brasil, 1998 a 2006.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Fundo Nacional de Saúde/Departamento de Informática do SUS/Ministério da Saúde (<http://www.datasus.gov.br>).

Observa-se que a atenção básica manteve um padrão de progressivo incremento entre 1998 e 2001 e a partir de 2003. No entanto, embora com oscilações ao longo dos anos, as transferências de média e alta complexidades apresentaram valores *per capita* muito superiores em todo o período, e crescimento bem ascendente entre 2002 e 2004, registrando aumento da distância entre as curvas. Isso pode explicar em parte as preocupações de vários entrevistados da pesquisa quanto à relativa fragilidade da atenção básica se comparada às pressões do sistema por aumentos de gastos na média e alta complexidades, mesmo quando a atenção primária à saúde é anunciada como prioritária. Por outro lado, cabe assinalar que um dos desafios que persistem para a atenção primária à saúde é justamente o acesso das pessoas aos serviços de referência de média complexidade, tais como consultas especializadas e exames.

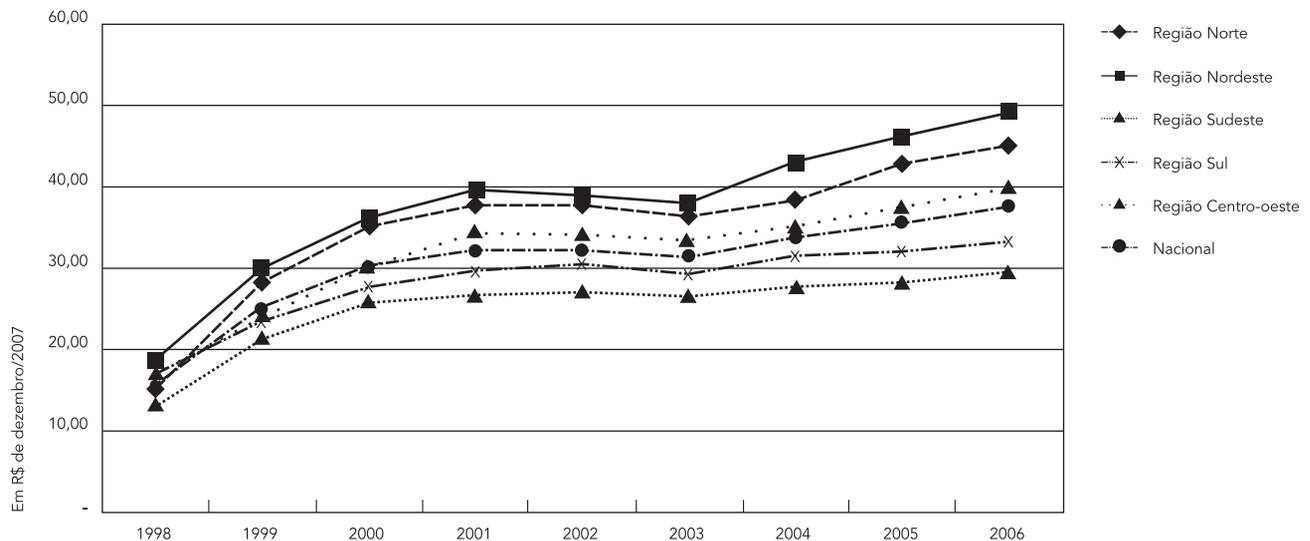
O segundo aspecto analisado, ilustrado na Figura 3, foi a evolução dos valores *per capita* referentes às transferências federais de atenção básica por região, ajustados pela inflação.

Em todas as regiões observa-se um crescimento a partir de 2003 nos valores *per capita* dos recursos federais para a atenção básica. Dentre as causas prováveis estão os reajustes dos principais incentivos da atenção básica e a criação de novos. As regiões que se destacam por apresentarem ao longo de todo o período os maiores valores *per capita* são Nordeste e Norte, que, além disto, são também as que apresentaram um aumento mais significativo a partir de 2003. A ocorrência desse aumento expressivo a partir de 2003 provavelmente foi devido ao reajuste dos valores do PAB fixo e variável e o financiamento diferenciado aos municípios mais pobres do país, que se concentram nessas regiões, visando à equidade.

Quando o objeto de análise são os valores dos recursos federais *per capita* referentes às transferências de média e alta complexidades, o resultado é o inverso. A Região Sul se destaca por apresentar entre os anos de 1998 e 2002 o maior valor *per capita* nacional e, embora tenha apresentado oscilações importantes, esteve ao longo do período analisado sempre presente entre as três regiões que possuem os maiores valores *per capita*,

Figura 3

Evolução dos valores *per capita* (em Reais de dezembro/2007) referentes às transferências federais de atenção básica, por região, ajustados pela inflação. Brasil, 1998 a 2006.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Fundo Nacional de Saúde/Departamento de Informática do SUS/Ministério da Saúde (<http://www.datasus.gov.br>).

que são Sul, Sudeste e Centro-oeste. Somente em 2003 a Região Sul foi ultrapassada pelas demais. Outro aspecto importante a ser ressaltado é que essas três regiões apresentaram em todo o período valores *per capita* acima da média nacional.

Esses achados revelam a lógica do financiamento federal das ações de serviços de saúde no Brasil. Na atenção básica, não há dúvidas que desde a NOB-SUS 01/96 e com a criação do PAB fixo houve uma ruptura com o padrão executado anteriormente e impacto na reorganização do modelo de atenção à saúde, enquanto no financiamento da média e alta complexidades os recursos são destinados principalmente para as regiões economicamente mais desenvolvidas do país, Sul e Sudeste, pois estas possuem uma rede mais estruturada e, portanto, têm maior oferta de serviços de saúde.

O terceiro e último aspecto analisado valendo-se da base de dados do DATASUS refere-se à distribuição de recursos por programa. A evolução das transferências federais referentes aos principais incentivos da atenção básica reajustados pela inflação, no período de 1998 a 2006, pode ser vista na Figura 4.

Entre 1998 e 1999, a linha que corresponde ao PAB fixo apresenta crescimento, pois a intro-

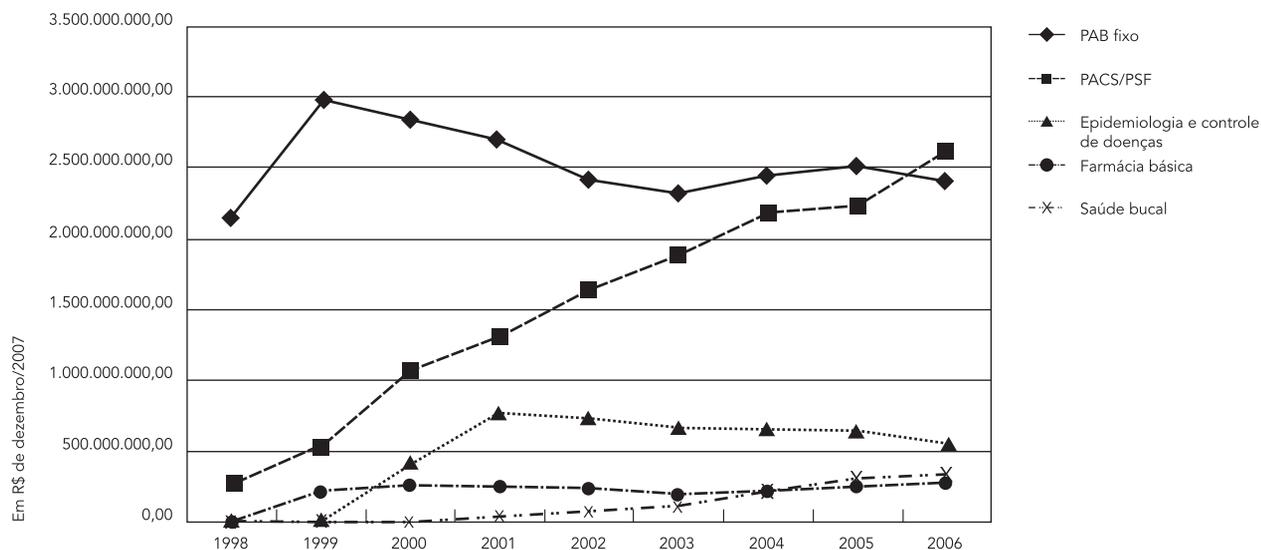
dução deste incentivo produziu uma elevação dos recursos federais transferidos da atenção básica para a maioria absoluta dos municípios brasileiros¹⁵. Contudo, entre 1999 e 2003, houve um decréscimo em virtude da defasagem de seu valor em termos reais. A partir de 2003, quando o PAB fixo começa a sofrer seus primeiros reajustes, há uma pequena recuperação, com tendência à estabilidade, observada até o ano de 2006.

É interessante destacar que o comportamento da linha referente aos incentivos aos programas PACS e PSF é diferente do descrito anteriormente. Desde a sua criação verifica-se tendência ascendente e, em 2005, os montantes de transferências relativas a esse incentivos ultrapassam os do PAB fixo, expressando a rápida expansão destes programas, com destaque para o PSF, sob forte indução do Ministério da Saúde.

Outro incentivo cujas transferências apresentaram crescimento foi o da saúde bucal, principalmente a partir de 2003, refletindo sua inserção prioritária na agenda federal. Já em relação ao Farmácia Básica, chama atenção a constância e o baixo valor de seu incentivo, ainda que desde 2003 venha apresentando um modesto crescimento.

Figura 4

Evolução dos valores (em Reais de dezembro/2007) dos principais incentivos de atenção básica, ajustados pela inflação. Brasil, 1998 a 2006.



PAB: Piso de Atenção Básica; PACS: Programa Agentes Comunitários de Saúde; PSF: Programa Saúde da Família.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Fundo Nacional de Saúde/Departamento de Informática do SUS/Ministério da Saúde (<http://www.datasus.gov.br>).

O incentivo referente às ações básicas de epidemiologia e controle de doenças apresentou crescimento no período de 1998 a 2001, após sua regulamentação. A partir de 2001, observa-se uma queda em termos reais do montante de transferências relativas a esse incentivo.

Discussão

A análise empreendida permitiu identificar elementos de continuidade e mudanças no modelo de intervenção federal na atenção primária à saúde no período estudado. Ainda que em uma nova conjuntura, os achados sugerem elevado grau de continuidade na atuação do Ministério da Saúde com relação aos anos 1990, cuja ênfase foi a regulação e o financiamento.

Assim como no período anterior, o papel de execução direta de ações e serviços de saúde ambulatoriais é residual, limitado a algumas localidades específicas, em consonância com o movimento de descentralização com ênfase na municipalização dos anos 1990. Também foi possível observar persistência de fragilidades em relação ao planejamento federal, com predomínio de es-

tratégias de curto prazo em detrimento de uma perspectiva abrangente e integrada de médio e longo prazos. O enfrentamento dessa lacuna é uma questão central para que haja avanços na política.

A análise da atuação do Ministério da Saúde na condução nacional da política de atenção básica corroborou a força do Executivo Federal no direcionamento e na regulação da política, exercida por meio da emissão de portarias de indução de programas/políticas atreladas a mecanismos financeiros. A lógica predominante na segunda metade dos anos 1990 de atrelar a descentralização ao reconhecimento de municípios que cumprem os requisitos impostos pela normativa federal persistiu no período analisado e refletiu as concepções sobre o papel de cada esfera de governo na política de atenção básica.

O conteúdo da produção normativa relativa à atenção primária à saúde expressou a valorização desta política e da estratégia de saúde da família em todo o período estudado, principalmente a partir de 2006. A regulamentação federal esteve voltada ao enfrentamento das fragilidades já identificadas com relação à atenção primária à saúde no país, tais como a ampliação da reso-

lutividade neste âmbito de atenção, a expansão da estratégia de saúde da família nos grandes centros e a formação dos recursos humanos para atuação neste nível. Nesse sentido, foram estratégias prioritárias o PROESE, a ampliação das ações na atenção básica, a incorporação de novos profissionais à estratégia – por meio da criação dos NASFs – e a criação de programas voltados para a mudança na formação de recursos humanos e educação permanente. Ou seja, foi possível observar mudanças incrementais relacionadas ao enfrentamento de problemas ainda não equacionados no SUS.

No que concerne ao financiamento federal, ainda que os recursos destinados à atenção básica sejam insuficientes, ao longo do governo Lula houve crescimento da execução orçamentária deste programa em todos os anos. Isso reflete o esforço do gestor federal em garantir um aporte maior de recursos para esse programa, prioritário nesta gestão. Exemplo disso foram os sucessivos reajustes no valor do PAB fixo, que desde a sua criação em 1998 não sofria correção significativa de seu valor. Houve ainda reajustes de outros incentivos da atenção básica e a criação de diversos incentivos, em especial os programas prioritários na agenda do Governo Federal, tais como o Brasil Sorridente.

A lógica das transferências federais manteve o padrão do período anterior de vinculação dos recursos aos programas prioritários do ministério – como é o caso do PSF e do Brasil Sorridente. Tais recursos são repassados mediante atendimento das exigências impostas pelo gestor federal e não podem ser redirecionados para outros fins, pou-

co levando em consideração a heterogeneidade dos municípios brasileiros.

Observaram-se mudanças associadas às tentativas de introdução de critérios de equidade e a inclusão de populações especiais, até então pouco consideradas pelas regras do SUS, em parte relacionadas à agenda social do governo Lula.

Por outro lado, um aspecto crucial a ser ressaltado é que, embora tenha havido crescimento no aporte de recursos para esse nível de atenção no período analisado, permanece o financiamento federal fragmentado, voltado para a indução de programas específicos, delimitando assim a decisão dos gestores locais sobre a utilização destes recursos. Além disso, observou-se que grande parte dos recursos federais é destinada às ações de média e alta complexidades. Ao contrário do que ocorre com os recursos referentes à atenção básica, as transferências federais de média e alta complexidades privilegiam as regiões do país economicamente mais desenvolvidas. Em que pesem as iniciativas no período visando à equidade na destinação dos recursos da atenção básica, o combate às marcantes desigualdades regionais implicaria maior aporte de recursos e transformações mais substantivas no financiamento federal da saúde.

É possível concluir que avanços ocorreram no que diz respeito à atenção primária à saúde no período do estudo. Entretanto, permanece o desafio de reconfiguração do modelo regulatório federal e a garantia de um aporte maior de recursos para este nível de atenção, a fim de que ocorra o efetivo fortalecimento da atenção primária no país.

Resumo

O artigo analisa a condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil de 2003 a 2008, considerando as funções de Estado na saúde de planejamento, regulação, financiamento e execução direta de serviços. A pesquisa compreendeu revisão bibliográfica, realização de entrevistas semi-estruturadas com atores-chave da política, análise documental, orçamentária e de bases de dados secundários. Observou-se redução na execução federal direta das ações e fragilidades no que diz respeito ao planejamento. A atuação federal se caracterizou principalmente pela regulação, baseada na emissão de portarias atreladas a mecanismos financeiros. No que concerne ao financiamento, houve discreto aumento da participação da atenção básica no orçamento federal, reajustes e criação de novos incentivos, alguns visando à equidade. Embora tenham ocorrido avanços no período, permanece o desafio de reconfiguração do modelo regulatório federal e a garantia de um aporte maior de recursos para este nível de atenção, a fim de que ocorra o efetivo fortalecimento da atenção primária no país.

Financiamento da Saúde; Gestão em Saúde; Política de Saúde; Atenção Primária à Saúde

Colaboradores

A. L. B. Castro e C. V. Machado elaboraram conjuntamente o artigo, desde a concepção e análise dos dados até a revisão final.

Agradecimentos

A. L. B. Castro foi bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) durante o mestrado. O desenvolvimento da pesquisa de campo contou com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

Referências

1. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária em saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 575-626.
2. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 1:S7-27.
3. Vouri H. Health for all, primary health care and general practitioners. *J R Coll Gen Pract* 1986; 36: 398-402.
4. Viana ALA, Fausto MCR. Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: Viana ALA, Elias PEM, Ibañez N, organizadores. Proteção social: dilemas e desafios. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 150-67.
5. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 435-72.
6. Mattos RA, Robaina JR, Siqueira NN. Planejamento, avaliação e pactuação: algumas reflexões sobre o processo de pactuação a partir do Pacto de Indicadores da Atenção Básica. In: Pinheiro R, Silva Jr. AG, Mattos RA, organizadores. Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisas e Desenvolvimento para a Segurança das Comunicações; 2008. p. 295-312.
7. Almeida MHT. O Estado no Brasil contemporâneo: um passeio pela história. In: Melo CR, Sáez MA, organizadores. A democracia brasileira: balanço e perspectivas para o século 21. Belo Horizonte: Editora da UFMG; 2007. p. 17-38.

8. Machado CV. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:2113-26.
9. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1171-81.
10. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
11. Fausto MCR. Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.
12. Baptista TWE. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a conduta nacional da política de saúde. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:615-26.
13. Ugá MA, Piola SF, Porto SM, Vianna SM. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:417-37.
14. Campos GWS. Desafios políticos e organizacionais do SUS: vinte anos de política pública. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:2200-1.
15. Solla JJSP, Reis AAC, Soter APM, Fernandes AS, Palma JLL. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2007; 7: 495-502.
16. Pinto CBS, Castro CGSO, Costa NR. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Ciênc Saúde Coletiva*; no prelo.
17. Machado RC. Atenção básica e medicamentos: a dualidade da política nacional de assistência farmacêutica no período Lula [Monografia de Especialização]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.

Recebido em 01/Jun/2009

Versão final reapresentada em 10/Dez/2009

Aprovado em 01/Mar/2010