

O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde

The financing of the Primary Health Care and Family Health Strategy in the Unified Health System

Áquilas Mendes¹, Rosa Maria Marques²

RESUMO Analisa-se o financiamento do nível da Atenção Básica à saúde, com ênfase na expansão dos recursos alocados para a Estratégia Saúde da Família. A primeira parte detalha o crescimento dos recursos do Ministério da Saúde para a Atenção Básica, particularmente os transferidos mediante o Piso de Atenção Básica Variável, que incorpora os diferentes incentivos financeiros destinados aos municípios que desenvolvem os programas neste nível de atenção. A segunda parte analisa as dificuldades do financiamento tendo em vista a instabilidade dos recursos próprios municipais e também discute algumas sugestões de modificações nos critérios de repasse dos recursos federais transferidos aos municípios.

PALAVRAS-CHAVE Financiamento da assistência à saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT *It analyzes the financing of the Primary Health Care level, with emphasis on the expansion of the allocated resources to the Family Health Strategy. The first part details the growth of the Ministry of Health resources to the primary care, particularly the ones transferred through the Variable Primary Care Wage, which incorporates the different financial incentives headed for municipalities that develop programs in this level of care. The second part analyzes the difficulties of financing bearing in mind the instability of the municipal own resources and it is also discusses some suggestions of changes in the criteria of federal transfer of funds transferred to municipalities.*

KEYWORDS *Healthcare financing; Primary Health Care; Family Health Strategy.*

¹ Doutor em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Professor da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professor da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) – São Paulo (SP), Brasil.
aquilasn@uol.com.br

² Doutora em Economia de Empresas pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) – São Paulo (SP), Brasil. Professora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) – São Paulo (SP), Brasil. Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (2013-2014).
rosamkmarques@gmail.com

Introdução

No momento em que a saúde foi instituída como um direito de todos e um dever do Estado, os gestores em nível federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) passaram, cada vez mais, a priorizar a Atenção Básica sob a perspectiva de implantar um novo modelo de atenção à saúde no País. Essa política foi especialmente desenvolvida nos anos 1990, quando se começou a fazer grandes esforços no sentido da universalização da Atenção Básica, e tal processo se desenvolveu ao longo dos anos 2000. Já em 2011, os gestores do SUS – particularmente, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) – passaram a defender a qualificação da Atenção Básica nesse sistema, de forma que ela assuma o papel de coordenadora do cuidado integral em saúde e ordenadora das redes de atenção (CONASEMS, 2011). Paralelamente a essa reorientação do modelo assistencial, a operacionalização da política de saúde foi alterada, isto é, houve avanços no processo de municipalização, na coordenação dos municípios em nível das regiões de saúde e no estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento de ações e serviços de saúde, especialmente, em nível da Atenção Básica. O resultado da expansão da Atenção Básica é explicitado por traços marcantes na realidade brasileira recente. No final de 2013, constatou-se a presença de 36 mil equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), de 300 mil Agentes Comunitários de Saúde e de 23 mil equipes de Saúde Bucal (EqSB), que juntos vieram provocando efeitos importantes ao participarem das medidas adotadas pelos municípios em direção à integralidade das ações e dos serviços de saúde, e ao contribuírem para a implantação das redes de atenção à saúde (DADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, SALA DE APOIO À GESTÃO APUD SOUSA; MENDONÇA, 2014; RODRIGUES ET AL., 2014).

Seguindo a tradição do movimento sanitário, os gestores do SUS defendem que o modelo centrado no atendimento de doentes compromete a atenção orientada para as

necessidades em saúde, com prioridade para as ações preventivas (CONASEMS, 2011). Nos 25 anos de existência do SUS, vários modelos assistenciais foram implantados em diversas localidades, tais como a Vigilância em Saúde, Ações Programáticas de Saúde e a Estratégia Saúde da Família, entre outros. Há muito tempo, a partir da iniciativa e do incentivo do Ministério da Saúde (MS), assiste-se a expansão da Estratégia Saúde da Família, criada como Programa, em 1994, e denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), em 2003, de modo que as ações da Atenção Básica têm sido estrategicamente para ela orientadas (SOUSA, 2014).

A ESF visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do SUS, e é entendida pelo MS e pelos gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e pelo Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Inicialmente, o Programa Saúde da Família (PSF), como anteriormente intitulado, foi implantado nas localidades com os indicadores de saúde mais críticos e em municípios pequenos e de médio porte com oferta insuficiente de serviços de saúde, e distantes dos grandes centros urbanos. Num segundo momento, tendo em vista a intenção de fazer do PSF o veículo do reordenamento dos sistemas municipais de saúde, a proposta foi ampliada para as localidades com mais de 100 mil habitantes. Naquela oportunidade, a implantação do PSF tornou-se mais lenta, em parte devido ao fato de os municípios de maior porte contarem com grande oferta de serviços de saúde, o que pressupunha uma reorganização para que o PSF pudesse atuar a contento. Apenas como ilustração, observa-se que, em estudos mais recentes de Giovanella *et al.* (2010) e de Santos *et al.* (2012), a respeito da consolidação da ESF em grandes centros urbanos, um desafio importante precisa ser enfrentado: trata-se de inverter o completo afastamento da classe média

da utilização dessa estratégia, particularmente no tocante à aceitação da visita domiciliar e do reduzido uso dos serviços, com exceção dos medicamentos obtidos para o controle de doenças crônicas.

Apesar da expansão da ‘saúde da família’ no território brasileiro nos últimos 19 anos, não houve e nem há uma distribuição uniforme de suas equipes. A implantação ocorre de forma heterogênea, em especial nos municípios cujo número de habitantes não esteja em faixas extremas – muito pequenos ou muito grandes.

Para enfrentar essas dificuldades, o MS, no ano de 2003, iniciou a execução do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (Proesp), cujo objetivo era viabilizar, a partir de um acordo de empréstimo celebrado com o Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), a transferência de recursos financeiros, fundo a fundo, isto é, do governo federal para estados e municípios, para expansão da cobertura, qualificação e consolidação da ESF nos municípios com população superior a 100 mil habitantes.

No ano de 2004, o PSF abrangia 80,2% dos municípios brasileiros, 4.600 municípios, proporcionando uma cobertura de 39% da população, o que correspondia a 69,1 milhões de pessoas (BRASIL, 2006C). Quando publicada a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no ano de 2006 (BRASIL, 2006C), foram implantadas 26.729 Equipes de Saúde da Família (EqSF), em 5.106 municípios, cobrindo 46,2% da população brasileira, o que correspondia a cerca de 85,7 milhões de pessoas. Em síntese, ao longo de todo o período, o número de EqSF, 328, em 1994, ultrapassou 33 mil, em 2012, atingindo uma cobertura da população brasileira (193.946.886) de 54,8% (VASCONCELLOS, 2013).

A importância estratégica da Atenção Básica e da ESF na política de saúde desenvolvida pelo MS pode também ser apreendida a partir da existência do Departamento de Atenção Básica (DAB). Para tanto, algumas

áreas programáticas do MS, relacionadas à expansão da ESF, passaram a ser de responsabilidade desse departamento, a saber: coordenações nacionais de prevenção e controle da tuberculose e outras pneumopatias, de controle de hanseníase e outras dermatoses, de controle das doenças reumáticas, de controle do *diabetes mellitus*, de controle das doenças cardiovasculares/hipertensão, de saúde bucal, de vigilância alimentar e nutricional, e de assistência farmacêutica (SOUSA ET AL., 2000; 2014). A ampliação do campo de ação desse departamento indica o crescimento de importância da ESF no conjunto da Atenção Básica, e desta última na política de saúde implantada pelo MS.

De acordo com alguns estudos, cabe mencionar a importância da implantação da ESF no sentido de orientar a organização do SUS no País (GIOVANELLA ET AL., 2009, 2010). Conforme estes autores, os resultados da análise da ESF, em algumas capitais brasileiras, apontam para as potencialidades dessa estratégia, à medida que forem adotados os seguintes aspectos: a) promoção da ESF a uma política de governo; b) esforço para assegurar sua integração à rede assistencial; c) garantia da formação de recursos humanos adequados; d) construção de interfaces para promover a cooperação entre a ESF e outros setores, de forma a enfrentar os determinantes sociais mais amplos da saúde.

Por sua vez, no tocante ao impacto na saúde das famílias, cabe mencionar alguns resultados: é possível constatar que quanto mais elevada a faixa de cobertura do PSF do grupo de municípios, maior é a queda na taxa de mortalidade infantil pós-neonatal, associada à diminuição do número de mortes por doença diarreica e por infecções do aparelho respiratório (AQUINO ET AL., 2009; RASELLA ET AL., 2010A). Em relação à notificação de estatísticas vitais e diminuições de internações hospitalares evitáveis, destaca-se uma redução de 15%, a partir de 1999 (RASELLA ET AL., 2010B; GUANAIS; MACINKO, 2009).

O objetivo deste artigo é mais específico, à medida que busca analisar o financiamento

do nível da Atenção Básica à saúde a partir de 1997, com ênfase na expansão dos recursos alocados na ESF. Na primeira parte, detalhamos o crescimento dos recursos do MS para a Atenção Básica, particularmente os transferidos mediante o Piso de Atenção Básica (PAB) Variável, que incorpora os diferentes incentivos financeiros que ‘premiar’ os municípios desenvolvedores de programas neste nível de atenção, tal como a ESF. Isto significa dizer que, embora as ações e serviços de saúde sejam de responsabilidade do município, o governo federal vem reforçando, mediante o financiamento, seu papel na determinação da política a ser adotada. Na segunda parte, analisamos as dificuldades do financiamento tendo em vista a instabilidade dos recursos próprios municipais. Também nessa parte, discutimos algumas ‘possibilidades’ de alteração nos critérios de repasse dos recursos transferidos aos municípios. As informações específicas financeiras foram coletadas da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Planejamento e Orçamento desse mesmo órgão, da Lei Orçamentária Anual (LOA) do Ministério da Saúde e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), além de terem sido utilizadas fontes secundárias extraídas de bibliografia especializada no campo da economia da saúde. Como a maior parte dos dados orçamentários compreende uma série histórica, eles foram deflacionados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), em alguns casos, e em outros, pelo Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI), da Fundação Getúlio Vargas (FGV).

O governo federal e o financiamento da Atenção Básica e da ESF

O gasto público em saúde no Brasil sempre foi largamente financiado por recursos federais. Para se ter uma ideia, no período 1980-1990,

a participação do governo federal chegou a representar 77,7% do gasto público realizado no País, nessa área (ESTIMATIVAS IPEA APUD MENDES, 2005). Nos anos seguintes, em função da implementação do SUS e do crescente comprometimento da instância municipal, a presença relativa do governo federal foi menor, embora ainda hoje seja a mais importante fonte de recursos da saúde. Nos anos 1994, 1995, 1996 e 2000, os recursos federais financiaram 60,7%, 63,8%, 53,7% e 58,3%, respectivamente, do gasto público em saúde (MENDES, 2005; SERVO ET AL., 2011). Em 2011, esses recursos corresponderam a apenas 45,5%, inferiores ao financiamento de estados e municípios juntos (BRASIL, 2013A).

Devido à queda da participação dos recursos federais no financiamento da saúde pública, há quem considere que hoje é menor o papel exercido pelo governo federal na determinação da política de saúde, e que esse estaria sendo preenchido pelos municípios. Contudo, essa leitura ligeira deixa de considerar não só que o governo federal continua sendo o principal detentor dos recursos, como também que a participação dos municípios no financiamento – 28,8% do total do gasto público em saúde (2011) – está pulverizado em todo o território nacional (BRASIL, 2013A).

Então, ao contrário, o Governo Federal continua sendo o agente definidor da política de saúde no território nacional. Nos últimos anos, todos os seus esforços têm se dirigido no sentido de alterar o modelo da assistência em saúde, priorizando a Atenção Básica. Para se entender a abrangência desta mudança, é preciso analisar com cuidado a evolução do financiamento do Governo Federal no SUS, por meio da destinação de seus recursos.

Lembremos, em primeiro lugar, que a despesa do MS é realizada através de duas formas: pagamento direto aos prestadores de serviços (relativos a internações hospitalares e atendimento ambulatorial); e transferências para estados e municípios, por meio do Fundo Nacional de Saúde, aos fundos de

saúde dessas instâncias governamentais. De forma geral, pode-se dizer que as transferências são destinadas para a alta e a média complexidade, e para a Atenção Básica. Esta última é promovida e financiada através do PAB Fixo e do PAB Variável. Os incentivos financeiros para o Programa Saúde da Família integram o PAB Variável (MENDES, 2005).

Numa análise mais abrangente sobre a execução do gasto do MS por programas/ações, entre 1995 e 2011, verifica-se que a Média e Alta Complexidade (MAC) perdeu importância relativa em relação aos demais, ainda que corresponda a cerca de 50% dos recursos totais. Em 1995, o gasto destinado a esse nível de atenção à saúde representava 54% da despesa total do MS, passando, em 2011, para 50% (SERVO ET AL., 2011; IPEA, 2013). A maior parte desse valor, no entanto, correspondeu às transferências para estados, Distrito Federal e municípios, intituladas transferências ‘fundo a fundo’. Por sua vez, foram praticamente beneficiados os recursos destinados à Atenção Básica, que passaram de 9,7% para 17,7%, no mesmo período (SERVO ET AL., 2011; IPEA, 2013). Isso é decorrente da política prioritária do MS, de fortalecimento das ações ou programas da Atenção Básica, especialmente os incentivos financeiros para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que evoluíram de 0,6% do total, em 1995, para 8,9%, em 2009 (SERVO ET AL., 2011; IPEA, 2013). Sem dúvida, essa situação é explicada pela permanente utilização de transferências automáticas federais para municípios, por meio de incentivos financeiros como forma de indução de políticas de saúde definidas pelo MS. Por sua vez, no período, é significativo o decréscimo da participação relativa do PAB Fixo.

A trajetória desses incentivos federais vai ganhando força a cada ano da década de 1990, aumentando o número de itens chamados, naquele momento, de ‘carimbados’ pelo Governo Federal na Média e Alta Complexidade (campanhas), particularmente nas ações estratégicas e nos componentes

do PAB Variável. Na medida em que eram recursos vinculados a programas específicos, o município somente teria acesso a tais recursos se implantasse esses programas, que muitas vezes poderiam não corresponder às necessidades locais e, assim, inexoravelmente comprometeriam parte de seus recursos disponíveis (MARQUES; MENDES, 2003). Nesse sentido, Almeida, Cunha e Souza (2011) argumentam que o município se responsabiliza pelo financiamento de políticas definidas pelo governo federal, que muitas vezes não levam em consideração a grande heterogeneidade dos municípios brasileiros e não são flexíveis o suficiente para se adequarem às condições locais.

A superação dessa prática, que atrelava os repasses de recursos federais a determinados programas ou ações, somente foi alcançada em fevereiro de 2006, com a publicação do Pacto pela Saúde, regulamentado pela Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 e pela Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006a).

A portaria do Pacto de Gestão determinou alguns princípios para o financiamento do SUS e definiu ‘blocos’ gerais de alocação dos recursos federais, sendo eles: Atenção Básica; atenção da Média e Alta Complexidade; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; e gestão do SUS. Posteriormente, foi acrescentado outro bloco denominado de ‘investimentos na rede de serviços de saúde’ (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009).

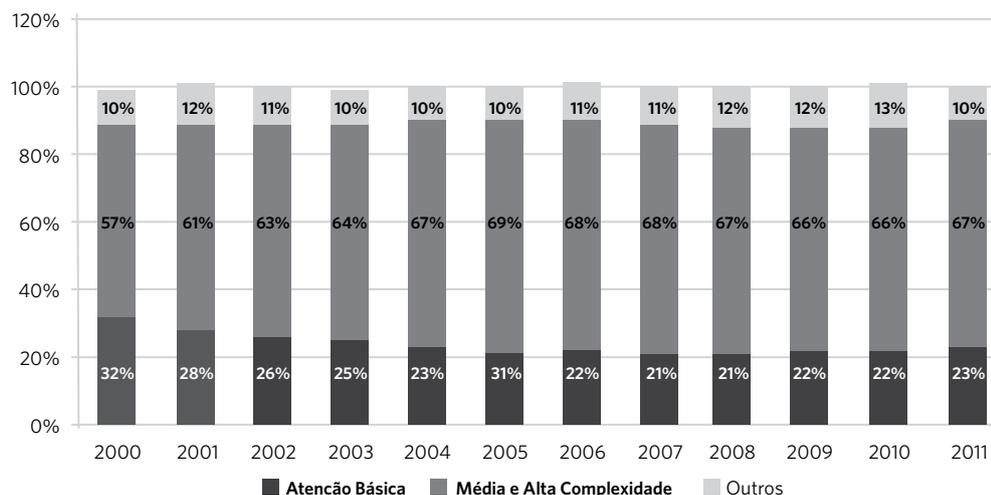
A análise das transferências federais permite constatar que os pagamentos por meio de remuneração por serviços produzidos efetuados pelo MS aos prestadores de serviços, que absorviam 71,3% dos recursos federais em saúde, em 1997, caíram para 33,4%, em 2001, reduzindo-se quase por completo em 2010 (MENDES; MARQUES, 2002; SERVO ET AL., 2011). Essa diminuição resultou no aumento da participação relativa das transferências federais fundo a fundo: de 28,6% para cerca de 98%, respectivamente, indicando que o governo federal dá preferência a essa forma

de financiamento. Entre 1997 e 2001, como reflexo da expansão das transferências, aumentou a participação da despesa com Média e Alta Complexidade (de 28,6% para 61% nesse período), e da despesa com Atenção Básica. Esta última passou a absorver, em 2001, 28% dos recursos federais transferidos para estados e municípios, seguindo as determinações da Norma Operacional Básica (NOB) 96 (MENDES; MARQUES, 2002).

A partir da introdução do Pacto pela

Saúde, como mencionado, as formas de transferências dos recursos federais se deram por meio dos blocos de financiamento. As informações disponibilizadas pelo MS permitem visualizar as transferências por blocos de financiamento desde 2000. O gráfico 1 ilustra a participação dos blocos em relação ao financiamento total destinado pelo Fundo Nacional da Saúde (FNS), de 2000 até 2011, extraídos da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde.

Gráfico 1. Participação relativa dos blocos de financiamento dos recursos federais do Ministério da Saúde - Fundo a fundo, 2000 a 2011



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 03 dez. 2013

Observa-se que o bloco de financiamento da Atenção Básica apresentou uma participação relativa de 32%, em 2000, e de 23%, em 2011 (gráfico 1). O bloco de financiamento da alta e média complexidade correspondeu a um percentual relativo de 57%, em 2000, e de 67%, em 2011. E o item outros (vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimentos) teve uma participação relativa de 10%, tanto em 2000 como em 2011. É possível

perceber, de forma significativa, a diminuição da participação relativa da Atenção Básica em favor da prioridade de alocação da MAC.

A respeito dessa prioridade da MAC, Carvalho (2012), quando analisa os gastos federais em saúde por níveis de atenção, indica a prevalência de alocação de recursos na MAC em comparação ao PAB Fixo, instituído para a Atenção Básica a partir da NOB 96, conforme indicado na tabela 1.

Tabela 1. 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			
1995	19,0	121,6	100,0	3,5	22,4	100,0
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	104,0	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	21,0	118,7	97,6	3,0	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	4,0	21,1	94,4
2009	29,8	155,5	127,8	4,0	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 (SPO); LOA 2012; (*) Estimativa da LOA *apud* Carvalho (2012)
Obs: deflator utilizado INPC, junho 2012

Segundo os dados da *tabela 1*, é possível verificar que os gastos per capita corrigidos com MAC, entre 1995 e 2012, não só cresceram, passando de R\$ 121,6 para R\$ 174,5, respectivamente, como também foram superiores aos realizados com o PAB Fixo (de R\$ 22,4 para R\$ 22,6 – deflator utilizado: INPC, junho de 2012), no mesmo período.

Os dados mostram, nesses 18 anos (1995-2012), o crescimento significativo dos recursos per capita destinados à MAC, o que não ocorreu com os recursos destinados para pagamento do PAB Fixo, que praticamente se mantém. Esse piso, ao ser introduzido oficialmente em fevereiro de 1998, foi fixado em R\$ 10 habitante/ano, mesmo sabendo-se que os estudos à época indicavam que tal

valor devia corresponder a R\$ 12 habitante/ano, em setembro de 1996, quando da edição da NOB 96 (CARVALHO, 2011). Posteriormente, em 2006, esse piso foi fixado, em média, nos municípios brasileiros, a R\$ 18 habitante/ano. Foi nesse ano que ocorreu a publicação da PNAB, não modificando os componentes de seu financiamento, sendo que o repasse financeiro continuava sendo composto pelo piso de Atenção Básica, constituído por uma fração fixa e outra variável. Entretanto, tanto o PAB Fixo quanto o PAB Variável, a partir da publicação do Pacto pela Saúde, comporiam o denominado Bloco de Atenção Básica (BRASIL, 2007), e estes deveriam ser utilizados para financiar as ações de Atenção Básica descritas nos Planos de Saúde dos municípios e do

Distrito Federal (BRASIL, 2006B).

Já em 2011, de acordo com a Portaria do MS/GM nº 1602, de 09 de julho deste mesmo ano, a depender da categoria populacional dos municípios, o PAB Fixo passou a variar entre R\$ 18 e R\$ 23 (sendo este último valor para municípios com até 50 mil habitantes). Além disso, para a definição do valor mínimo do PAB Fixo adotou-se uma distribuição dos municípios em quatro faixas, mediante uma pontuação entre zero e dez, com base em indicadores selecionados segundo cinco critérios socioeconômicos: PIB per capita; percentual da população com plano de saúde; percentual da população com Bolsa Família; percentual da população em extrema pobreza; e densidade demográfica. De toda forma, sabe-se que essa base média per capita é ainda insuficiente para que a Atenção Básica no SUS assuma a sua responsabilidade de coordenadora do cuidado integral em saúde e ordenadora das redes de atenção (CONASEMS, 2011). Isso porque, se o valor da época de sua instituição – R\$ 12 habitante/ano, em fevereiro de 1998 – fosse atualizado monetariamente pelo Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGP-DI/FGV), corresponderia a R\$ 34, em valores de dezembro de 2012. A partir de 10 de julho de 2013, conforme Portaria do MS/GM nº 1409, o valor superior do PAB Fixo passou a variar apenas entre R\$ 23 e R\$ 28, não alcançando, ainda, o valor correspondente ao que deveria ser corrigido monetariamente em dezembro de 2012 (BRASIL, 2013B).

Para se ter uma ideia, no projeto da LOA 2014, aprovado no Congresso em 17 de dezembro de 2013, se repete a reduzida destinação dos recursos para a Atenção Básica. A dotação para o MS, para este ano, corresponde a R\$ 100,3 bilhões, sendo que apenas R\$ 90,1 bilhões deverão ser despendidos com ações e serviços de saúde (base Lei nº 141/2012) (CARVALHO, 2013). Os pisos de Atenção Básica – fixo e variável – perfazem um total de R\$ 16,5 bilhões, que correspondem a 16,4% do total dos recursos do MS.

Ao se analisar especificamente o PAB Fixo, verifica-se que seu valor se refere a R\$ 5,3 bilhões, sendo 5,3% do total dos recursos do orçamento do MS, com decréscimo de 1,5% em relação à LOA 2013 (CONASS, 2013). Vale lembrar, ainda, que esse patamar nem atinge o que era exigido pela Emenda Constitucional (EC) 29, cujo conteúdo diz que um mínimo de 15% dos recursos do MS deveriam ser aplicados nos municípios, segundo o critério populacional para Atenção Básica, o que corresponderia a R\$ 15 bilhões, sendo R\$ 74,84 habitante/ano. Na realidade, 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, 2012B).

O PAB Variável corresponde a R\$ 11,17 bilhões, na LOA de 2014, sendo 11,1% do total de recursos do orçamento do MS, e teve um incremento de 23,1% em relação à LOA 2013 (CONASS, 2013). Sabe-se que, desde o início da década de 2000, o PAB Variável já superava o PAB Fixo, dado que corresponde a incentivos financeiros transferidos aos municípios conforme a implantação de projetos/políticas específicas de saúde, definidos pelo MS. O valor per capita do PAB Variável, 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 (CARVALHO, 2014B). Dentre os recursos destinados ao PAB Variável destacam-se os seguintes itens: Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Saúde Bucal, implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf); Consultórios na Rua; Programa Saúde na Escola (PSE); Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ); Saúde da Família – Fluviais e Ribeirinhas; Atenção Domiciliar; Microscopistas; Academia da Saúde; Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; Incentivo para Atenção à Saúde Penitenciária; e Compensação das

Especificidades Regionais (CER). Este último item foi incorporado ao PAB Fixo em julho de 2013 (CARVALHO, 2014B). Todos esses itens são incentivos financeiros, conhecidos como recursos condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários. Além disso, ressalte-se o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde e recursos de estruturação na implantação. Estes últimos recursos, para projetos específicos, estão contemplados no bloco de investimento, ainda que digam respeito à Atenção Básica (BRASIL, 2012A).

Entre os componentes do PAB Variável, a ESF, incluindo o componente referente às EqSB, foi um dos grandes destaques em termos de transferência federal, ao longo dos anos 1990 e 2000. Seus recursos correspondem à maior parte dos recursos do PAB Variável, quando se analisam as transferências federais do SUS para os municípios (FUNDO NACIONAL DE SAÚDE, 2014).

A introdução de incentivos, a partir de 1998, estimulando os municípios a incorporarem programas que lhes acrescentam receita financeira, significou, sem sombra de dúvida, aumento de poder do governo federal na indução da política nacional de saúde, especialmente no campo da Atenção Básica. Esse aumento de poder da instância federal na determinação da política de saúde, embora tenha como foco as ações e serviços de Atenção Básica e, por isso, seja veículo da transformação do modelo assistencial, não é isento de problemas e contradições (MARQUES; MENDES, 2003; ALMEIDA; CUNHA; SOUZA, 2011).

Em primeiro lugar, é preciso observar que a NOB 96, em que pese ser um importante instrumento na operacionalização da descentralização do sistema, ao incrementar as transferências diretas, fundo a fundo, no campo da Atenção Básica, pode impedir ou obstaculizar a construção de uma política de saúde fundada nas necessidades do nível local. Isto porque, ao introduzir o mecanismo de transferência para a Atenção Básica – o PAB –, rompendo com a lógica de repasse

global para a saúde de forma integral – a NOB 93 –, criou as condições para o surgimento das políticas de incentivos financeiros que se seguiram posteriormente. E, na prática, o que se observou nesses últimos anos foi que a política de incentivos teve pleno sucesso, de modo que os municípios concentraram suas ações no nível de Atenção Básica (MENDES, 2005).

Vale notar que, já em 1997, Bueno e Merhy afirmavam, de forma contundente, que a NOB 96 iria inibir a autonomia do município, induzindo-o a adotar programas não definidos localmente (BUENO; MERHY, 1997).

O financiamento da ESF e suas contradições

Sob o ponto de vista dos recursos próprios municipais, pode-se dizer que o financiamento da ESF é problemático e instável, principalmente, sob dois aspectos: em primeiro lugar, sabe-se que os anos, principalmente, a partir da segunda metade da década de 1990, foram marcados pela contenção das finanças públicas atingindo todos os níveis de governo, inclusive os municípios. Ainda neste contexto, e nem sempre lembrado, está o fato de que os anos de implantação da ESF correspondem justamente àqueles onde a restrição do gasto público foi buscada como principal diretriz política na determinação e/ou diminuição do déficit público, uma das metas prioritárias da política do governo federal, por ele monitorada nos níveis das demais instâncias de governo. Não é de se estranhar, portanto, que o volume relativo de recursos de origem municipal, passível de ser destinado a ESF, tenha ficado mais escasso. Para se ter uma ideia dessa situação, entre 1996 e 2011, a participação dos municípios no gasto público total com saúde praticamente se manteve, passando de 27,8% para 28,8% (BRASIL, 2013A).

Uma análise da evolução da receita disponível dos municípios, quando comparada às

demais esferas de governo, reforça os resultados anteriores. O comportamento da receita disponível municipal, que inclui a arrecadação própria – principalmente o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), o Imposto Sobre Serviços (ISS) e o Imposto Sobre Transmissão de Bens Imóveis (ITBI) – mais as transferências constitucionais – principalmente o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), o Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e o Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) revelam que, entre 1995 e 1999, sua participação cresceu apenas 0,5% em relação ao total da receita disponível das três esferas de governo (12,3% e 12,8%, respectivamente).

Enquanto, no mesmo período, a participação da receita disponível da União teve um incremento de 1,5%, passando de 61,7% para 63,2% (tabela 2).

O crescimento significativo da receita disponível dos municípios, em relação ao total das três esferas de governo, somente ocorre entre 1999 e 2000, quando passa de 12,8%, em 1999, para 17,9%, em 2000. Contudo, ao longo dos anos 2000, as finanças municipais continuaram estáveis, à medida que a receita disponível manteve-se, sendo que em 2012 ficam registrados apenas 18% (tabela 2). Nesse período, a receita disponível para o governo federal cresce levemente, de 55,8% para 57,6%.

Tabela 2. Evolução da receita disponível das três esferas de governo (1995 a 1999/2000/2012) - em porcentagem

Ano	União	Estados	Municípios	Total
1995	61,7	26,0	12,3	100,0
1996	61,5	26,2	12,3	100,0
1997	62,5	25,4	12,1	100,0
1998	62,9	24,5	12,6	100,0
1999	63,2	24,0	12,8	100,0
2000	55,8	26,3	17,9	100,0
2012	57,6	24,4	18,0	100,0

Fonte: Afonso, 2013; Afonso; Araújo, 2000

A realidade da receita disponível dos municípios brasileiros, na segunda metade dos anos 1990, e a sua estabilidade, nos anos 2000, acaba por constranger sua capacidade de gasto. Quando é levado em consideração que, a partir de 1995, em virtude da implantação do processo de descentralização das políticas sociais – em particular, a da saúde –, os municípios passaram a efetuar gastos crescentes nessas áreas, a baixa capacidade de suas finanças torna-se ainda mais problemática.

Com relação ao segundo aspecto, da instabilidade do financiamento municipal, vale lembrar que a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), aprovada em maio de 2000 e há quase

14 anos em vigor, procura privilegiar situações onde os municípios não gastem mais do que arrecadam. Segundo a lei, vários limites são determinados ao poder Executivo, especificamente, às despesas de pessoal, que não podem ultrapassar 54% da receita corrente líquida do município. Caso isto venha a ocorrer, as penalidades são significativas. Tal exigência legal vem afetando o comprometimento da instância municipal com a ESF. Isso porque os tribunais de contas têm considerado a despesa com este programa como gasto com pessoal. Nos últimos anos, é possível verificar a tramitação de diversos projetos de lei no Congresso Nacional

que excluem esse limite para as despesas da saúde, porém não há sucesso nas suas aprovações (CARVALHO, 2014A). Parece que essa temática ainda não é priorizada pelos parlamentares e pelo próprio setor saúde, que não vem demonstrando mobilização contrária intensa frente a este descaso.

Para a contratação do pessoal da ESF, os municípios contam com os recursos transferidos pelo governo federal. Devido a isso, há quem entenda que as despesas com esse ‘pessoal’, por serem pagas com recursos de transferência, não devem ser incluídas no limite da LRF. O limite deveria ser respeitado somente no caso de o pagamento da cobertura dos profissionais ser proveniente de seus recursos próprios, sendo contabilizado, então, como despesa de pessoal (MENDES; MOREIRA, 2001).

Outra posição considera essa formulação inadequada. Segundo seu entendimento, o problema estaria no fato de as transferências integrarem a receita corrente e o gasto delas derivado não compor a despesa com pessoal, o que resultaria na ampliação indevida do limite de gastos com pessoal definida pela LRF. Considerando o pessoal da ESF nos limites da LRF, o ajuste deveria ser feito em outras áreas da gestão pública (CARVALHO, 2014A).

Em que pese essa questão estar sendo alvo de intensa polêmica entre os municípios e os tribunais de contas, há 14 anos, e não estando ainda resolvido, em várias municipalidades, o Executivo tem colocado resistências à continuidade da ESF, pensando duas vezes antes de habilitar novas equipes e/ou cancelando o programa, mesmo que temporariamente (CARVALHO, 2014A). Por essa razão é que o financiamento da ESF, através dos recursos municipais, torna-se problemático e até instável.

Para atenuar essa situação, um dos caminhos poderia ser o de elevar a escala de valores dos incentivos financeiros do MS que ‘premiar’ os municípios que implantam a ESF, bem como o de alterar os critérios de sua distribuição, em consonância com

a diferente situação socioeconômica das diversas regiões do País. Tudo isso, é claro, mediante ampla discussão entre os gestores do SUS, e tendo como premissa o aumento do financiamento deste, principalmente por parte da aplicação dos recursos do Governo Federal (MENDES, 2012).

Não é demais lembrar que, atualmente, os valores dos incentivos financeiros para as EqSF implantadas são transferidos a cada mês, com base no número de ESF registrado no sistema de cadastro nacional do MS. São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as EqSF: Modalidade 1: I – implantadas em municípios com população de até 50 mil habitantes nos estados da Amazônia Legal, e até 30 mil habitantes nos demais estados do País; e II – implantadas em municípios não incluídos no estabelecido na alínea I, e que atendam a população remanescente de quilombos ou residentes em assentamentos de, no mínimo, 70 pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município. Modalidade 2: implantadas em todo o território nacional, que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1 (BRASIL, 2012).

De acordo com a PNAB de 2011, quando as EqSF forem compostas também por profissionais de saúde bucal, o incentivo financeiro será transferido a cada mês, tendo como base: I – a modalidade específica dos profissionais de saúde bucal que compõem a ESF e estão registrados no cadastro do MS no mês anterior ao da respectiva competência financeira; e II – a modalidade de toda a EqSF, conforme indicado acima e relacionado às características dos municípios e da população atendida. Dessa forma, se ela faz parte de uma ESF Modalidade 1, tem 50% de acréscimo no incentivo financeiro específico.

Como a ESF incorpora os agentes comunitários de saúde (ACS), o repasse do MS a esse programa conta com valores adicionais de R\$ 950 por agente/mês (*quadro 1*). Além disso, outras formas de repasses foram inseridas no financiamento da Atenção Básica,

tais como o Programa Saúde na Escola, a Unidade Odontológica Móvel e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2012).

Para uma visualização sintética das

transferências federais (PAB Fixo e Variável), no âmbito do custeio e da implantação da ESF, com respectivos valores destinados aos municípios, apresenta-se a seguir o *quadro 1*.

Quadro 1. Financiamento federal para a Atenção Básica

Custeio	
PAB Fixo*	Per capita/ano entre R\$23,00 a R\$ 28,00
	ESF Modalidade I**
	R\$ 10.670,00/mês
	ESF Modalidade II**
	R\$ 7.130,00/mês
	ESB Modalidade I vinculada à ESF I
	R\$ 3.000,00/mês
	ESB Modalidade II vinculada à ESF I
	R\$ 2.000,00/mês
	ESB Modalidade II vinculada à ESF I
	R\$ 3.900,00/mês
	ESB Modalidade II vinculada à ESF II
	R\$ 2.600,00/mês
PAB VARIÁVEL	UOM - unidades odontológicas móveis***
	R\$ 4.680,00/mês
	Agente Comunitário de Saúde****
	R\$ 950,00/mês
	Nasf I*****
	R\$ 20.000,00
	Nasf II*****
	R\$ 6.000,00
	Programa Saúde na Escola - PSE
	Uma parcela extra do incentivo mensal às equipes de Saúde da Família que atuam nesse programa
Implantação	
ESF	R\$ 20.000,00/ESF implantada
ESB	R\$ 7.000,00/ESB implantada
UOM	R\$ 3.500,00/UOM implantada
NasfI	R\$ 20.000,00/implantada
NasfII	R\$ 6.000,00/implantada

Fonte: Vasconcellos (2013) e elaboração própria, a partir das Portarias relacionadas

* Valor reajustado pela Portaria MS/GM nº 1409, de 10 de julho de 2013

** Valor reajustado pela Portaria MS nº 978, de 16 de julho de 2011

*** Portaria MS nº 2371, de 07 de outubro de 2009

**** Portaria MS nº 978, de 16 de maio de 2012

***** Portaria MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008

Segundo estudo realizado por Vasconcellos (2013) junto a gestores municipais, os valores repassados pelo governo federal são insuficientes para sustentar a ESF. Isso fica perceptível quando eles são comparados à contrapartida dos recursos municipais, que, na prática, arcam com cerca

de 70% do financiamento da Atenção Básica em nível local. Por sua vez, os gestores também admitem que os repasses federais constituem fração importante para o financiamento desse nível de atenção à saúde.

Até o ano de 2000, antes da vigência da LRF, as regras de repartição dos incentivos

induziram à proliferação de centenas de novas equipes municipais, muitas vezes sem a menor possibilidade de sustentação sem os repasses do MS. Sem dúvida, em um país onde os municípios são caracterizados por enorme heterogeneidade de tamanho e renda, os repasses federais cumprem – e deverão continuar cumprindo – papel fundamental na busca da equidade no gasto da ESF. Isso não significa que a instância municipal não tenha responsabilidade em garantir recursos tributários próprios.

Qualquer mudança com relação ao incentivo financeiro federal da ESF deve levar em conta, entre outras, duas dimensões importantes: a despesa com a equipe do programa, ou melhor, o custo da equipe; e o porte populacional dos municípios. Para uma apuração do custo total da ESF deve-se considerar, além da despesa com pessoal e encargos (as referentes), outros gastos, tais como: material de consumo; remuneração de serviços pessoais; outros serviços; valor de depreciação dos bens; cálculo médio dos gastos com exames e diagnóstico; custos indiretos (energia elétrica, água, telefone, veículos locados, obras e instalações, aquisição de equipamentos e material permanente); e despesas administrativas. No entanto, a maior parte dos municípios não dispõe sequer de registros organizados para que se apurem os gastos mencionados.

De acordo com a pesquisa intitulada Necessidade de financiamento da Atenção Básica, que foi realizada pelo MS em 2013 e envolveu o Departamento de Atenção Básica (DAB), o Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (Desid) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em seu componente Estimativas de custos dos recursos humanos em Atenção Básica (VIEIRA; SERVO, 2013), uma ESF custaria, para o padrão nacional, em termos de remuneração, em 2010, R\$ 17,7 mil/mês, ou, padronizando para 40 horas semanais, R\$ 18,5 mil/mês. Se fossem somados os

encargos sociais – Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), 13º salário e adicional de férias –, a remuneração passaria a R\$ 24,5 mil/mês. Já o custo médio da remuneração estimada de uma EqSB, da modalidade I, padronizado para 40 horas, ficaria em torno de R\$ 6 mil/mês; tendo encargos, R\$ 7,9 mil/mês. E da modalidade II ficaria em cerca de R\$ 6,9 mil/mês; com encargos atingiria R\$ 9,2 mil/mês (VIEIRA; SERVO, 2013).

Ao se levar em consideração esse custo de uma EqSF e as transferências do bloco de financiamento da Atenção Básica para a ESF nos municípios, confirma-se que os recursos federais repassados são insuficientes. Para se ter uma ideia, é possível supor que os recursos por equipe (PAB Variável) e os recursos do PAB Fixo (R\$ 18 per capita) somem, para uma ESF que atenda a três mil habitantes, o correspondente a R\$ 4,5 mil por mês, com dados do ano de 2010 (VIEIRA; SERVO, 2013). Além disso, se forem acrescidos os repasses para a EqSB e os recursos para implantação das EqSF e EqSB, conforme apresentados no *quadro 1*, não se conseguiria cobrir os custos indicados pela pesquisa do MS. Isso porque o custo de recursos humanos (salários mais encargos sociais), em média, representa 60% do custo total dos serviços de uma EqSF, e o custo de uma EqSF total, com 40 horas, seria de aproximadamente R\$ 40.755,25, para valores de 2010 (VIEIRA; SERVO, 2013). Por sua vez, os repasses do MS, em 2010, para a ESF modalidade II, com quatro ACS, e considerando o PAB Fixo de R\$ 4,5 mil por mês, somam R\$ 13.756. Desse modo, o repasse do MS para uma ESF representa 33,8% do custo total. Ao ser agregado às ESB modalidades I e II, e ainda considerando que as despesas de salários e encargos sociais representam 60% do custo, os custos totais de uma ESB modalidade I e uma modalidade II seriam, respectivamente, R\$ 13.240,68 e R\$ 15.329,23. O repasse federal para custeio de uma eSB modalidades I e II teriam participações respectivas de 15,1% e 17% (VIEIRA; SERVO, 2013).

Considerações finais

Tendo em vista os baixos valores dos repasses para a ESF e do per capita do PAB Fixo, os municípios têm se utilizado de um volume adicional de recursos próprios. Essa situação tem limites, pois, como mencionado anteriormente, o ritmo de crescimento da receita disponível dos municípios tem diminuído e a LRF constitui um fator inibidor do gasto. Além disso, os municípios menores não contam com recursos próprios suficientes para financiar a despesa não coberta pelo governo federal.

Isso nos leva a considerar a possibilidade de alteração dos critérios de distribuição dos incentivos federais. Uma alternativa poderia ser a de adotar a sistemática utilizada para distribuição dos recursos aos municípios correspondentes ao Fundo de Participação dos Municípios (FPM), que privilegia os pequenos municípios ao transferir maior valor quanto menor forem suas populações. Subjacente a esse critério ‘robinhoodiano’ está a baixa capacidade tributária dos pequenos municípios. Contudo, como os municípios grandes dispõem de realidades bastante complexas, podendo apresentar carências de todos os tipos, seria importante associar a esse critério outros, que considerassem as necessidades de saúde das regiões mais carentes, muitas vezes situadas nos chamados bolsões de pobreza. Para isso, no entanto, os municípios precisariam dispor de levantamentos como o do Mapa da Pobreza. O resultado dessa associação de critérios seria a elevação ou a diminuição do valor repassado e, ao mesmo tempo, uma melhor distribuição interna ao município, de acordo com as necessidades de cada distrito ou região. Essa distribuição, no entanto, seria de responsabilidade do município, prevista no Plano Municipal de Saúde.

Ainda cabe mencionar que o aumento da

importância do PAB Variável, ao longo da implantação da ESF, foi decorrente, principalmente, da expansão dos incentivos financeiros repassados para a implantação das EqSF nos municípios. A introdução desses incentivos significou aumento de poder do MS na determinação da política de saúde, o qual não é isento de conflitos. Dessa forma, com a introdução de novos critérios de rateio dos recursos do governo federal aos estados e municípios estabelecidos pela Lei nº 141/2012, observando as necessidades de saúde da população; as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde; e, ainda, o desempenho técnico, entende-se que a política de manutenção dos incentivos financeiros do governo federal deva ser revista.

Por fim, considera-se importante rever o conceito de Atenção Básica no tocante à dimensão do financiamento. Isso porque seria fundamental rediscutir a inclusão de outros itens que já constam do orçamento do MS, mas não fazem parte do Bloco de Atenção Básica. Sabe-se que tal conceito tem sido utilizado de forma restrita às ações e serviços financiados pelo PAB, excluindo, por exemplo, aquelas não hospitalares de controle de doenças. Isto significa não restringir as ações e serviços ao nível de complexidade da atenção à saúde, mas colocá-las no campo amplo da saúde pública. Por sua vez, é importante considerar, também, que o fato de serem acrescidos outros itens a serem financiados para efeito de composição do conceito de Atenção Básica ‘ampliado’, isto somente pode acontecer com a inclusão de mais recursos financeiros para os atuais alocados na Atenção Básica, e que, necessariamente, deve passar pelo fortalecimento do financiamento do SUS, pleito histórico das entidades que defendem a saúde universal. ■

Referências

- AFONSO, J. R. R. *Federalismo e Finanças Públicas no Brasil: uma Caixa Preta?* Apresentação à 24ª Jornada de Eventos da Unisantos. Santos, 11/10 de 2013. Disponível em: <<http://www.joserobertoafonso.ecn.br/>>. Acesso em: 04 abr. 2014.
- AFONSO, J. R. R.; ARAUJO, E. A. A capacidade de gastos dos municípios brasileiros: arrecadação própria e receita disponível. *Cadernos Adenauer*, São Paulo, v. 4, junho 2000.
- ALMEIDA, H. P.; CUNHA, F. S.; SOUZA, F. B. A. Relações intergovernamentais e interinstitucionais na implantação da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro: estudo do Complexo do Alemão. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 88, p. 39-47, jan/mar. 2011.
- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*, Washington, D. C. v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº. 699, de 30 de março de 2006a*. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-699.htm>>. Acesso em: 07 set. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006b*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 07 set. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 648/2006, de 28 de março de 2006c*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 09 fev. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. *Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados – 1998 – 2004*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006d.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007*. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde na forma de Blocos de Financiamento e seu respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>>. Acesso em: 07 set. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº. 837, de 24 de abril de 2009*. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html>. Acesso em: 07 nov. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em 03 dez. de 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *PNAB: Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série E, Legislação em Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. *Financiamento público de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM, nº 1409, de 10 de julho de 2013*. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido

do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1409_10_07_2013.html>.

Acesso em: 07 set. 2014.

_____. Presidência da República. *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. 2012b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 07 dez. 2013.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? 1997. Mimeo. Disponível em: <<http://www.eeaac.uff.br/professores/merhy/artigos-14.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2014.

CARVALHO, G. *Apontamentos sobre o PLOA 2011 do Ministério da Saúde*. Campinas: IDISA, 2011. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_3726_0_2010---27---538---domingueira--mais-financiamento-da-saUde.html>. Acesso em: 07 nov. 2013. (Domingueira – Mais Financiamento da Saúde, 538).

_____. *LOA FEDERAL – 2012: apontamentos sobre os recursos federais destinados à saúde*. Campinas: IDISA, 2012. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_7791_0_2012---27---633---domingueira--financiamento-213.html>. Acesso em: 07 nov. 2013. (Domingueira – Financiamento 213, 633).

_____. *Orçamento do Ministério da Saúde para 2014*. Campinas: IDISA, 2013. Disponível em: <<http://darcisioperondi.com.br/financiamento-da-saude-gilson-carvalho-2/>>. Acesso em: 18 nov. 2014. (Domingueira, 704).

_____. Força trabalho e LRF. Campinas: IDISA, 2014a. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_10724_0_2014---35---707---domingueira--forCa-trabalho-e-lrf--12-1-2014.html>. Acesso: 22 jan. 2014. (Domingueira, 707).

_____. Financiamento da Saúde no Brasil. In: CONGRESSO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 28., 2014b, Ubatuba.

CONSELHO NACIONAL DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). *A Atenção Básica que queremos*. Brasília: Conasems, 2011.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Análise do Projeto de Lei Orçamentária Anual PLOA 2014 e os Recursos destinados ao Ministério da Saúde*. Brasília: Conass, 2013.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. *Consulta para pagamentos*. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

GIOVANELLA, L. et al. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 85, p. 248-264, 2010.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cienc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GUANAIS, F.; MACINKO, J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *J Ambul Care Manage*, Germanatown, v. 32, n. 2, p. 114-121, 2009.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Boletim de Políticas Sociais – acompanhamento e análise*, Brasília, DF, n. 21, 2013.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência*

- & *Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.
- MENDES, A. *Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: os impasses do financiamento no capitalismo financeirizado*. São Paulo: Hucitec, 2012.
- MENDES, A. *Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995–2001)*. 2005. 422 f. Tese [Doutorado em Ciências Econômicas]. – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.
- MENDES, A.; MARQUES, R. M. A dimensão do financiamento da Atenção Básica e do PSF no contexto da saúde. In: SOUSA, M. F. (Org.). *Sinais Vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 71-101.
- MENDES, A.; MOREIRA, M. (Org.). *Comentários à Lei de Responsabilidade na Gestão Fiscal*. São Paulo: Cepam, 2001.
- RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. *Pediatrics*, Elk Grove Village, v. 126, n. 3, p. 534-540, 2010a.
- RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program in the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health*, Washington, D. C., v. 10, p. 380, 2010b.
- RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014.
- SANTOS, A. M. et al. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2687-2702, 2012.
- SERVO, L. et al. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org.). *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ipea, 2011. p. 85-108.
- SOUSA, M. F. et al. Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 21, dez. 2000. p. 7-14.
- _____. A Reconstrução da Saúde da Família no Brasil: diversidade e incompletude. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. (Org.) *Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 Anos no Espelho do Futuro*. Campinas: Saberes Editora, 2014.
- SOUSA, M. F.; MENDONÇA, A. V. M. Atenção Básica à saúde no SUS: uma herança com testamento. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 330-331, 2014.
- VASCONCELLOS, S. C. *A problemática do financiamento da Atenção Básica nos municípios no período do Pacto pela Saúde (2006-2010): o caso do Estado da Bahia*. 2013. 158 p. Dissertação (Mestrado em Ciências). – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.
- VIEIRA, R. S.; SERVO, L. M. S. *Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica: equipes de saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB)*. Pesquisa Necessidade de Financiamento da Atenção Básica. Brasília: Ipea: Disoc, 2013. Mimeo. (Nota Técnica Brasília, 16).

Recebido para publicação em abril de 2014

Versão final em julho de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve