

O financiamento federal da Atenção Básica segundo regiões: transferências para municípios brasileiros, 2008 a 2016

Federal funding of Primary Health Care by region: The transfers to Brazilian municipalities

Amana Santana de Jesus¹, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas²

RESUMO O presente estudo teve como objetivo descrever a distribuição das transferências federais para Atenção Básica no Brasil via repasse aos municípios, segundo regiões, entre os anos de 2008 e 2016. Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo, cuja fontes de dados incluíram os sítios eletrônicos do Fundo Nacional de Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Foram calculadas frequência simples e relativas que permitiram a descrição e análise dos dados. O financiamento federal para a Atenção Básica dos municípios aumentou em 27% em valores reais no período estudado. Todas as regiões registraram aumento no volume dos repasses federais. O Bloco da Atenção Básica foi o segundo em volume de recursos financeiros alocados para a maioria das regiões brasileiras. Os municípios das regiões Norte e Nordeste apresentaram as maiores médias de valor per capita destinadas à Atenção Básica, respectivamente R\$ 94,80 e R\$ 116,70. Assim, observou-se uma ampliação de recursos destinados à Atenção Básica, sugerindo uma política de priorização deste nível de atenção por parte do Ministério da Saúde, ocorrida de forma mais significativa nas regiões mais pobres do País.

PALAVRAS-CHAVE Financiamento da assistência à saúde. Atenção Primária à Saúde. Alocação de recursos para a atenção à saúde.

ABSTRACT *The purpose of this study was to describe the distribution of federal transfers to Primary Health Care in Brazil, by onlending to municipalities, according to regions, between 2008 and 2016. This is a descriptive and quantitative study whose data sources included the sites of Fundo Nacional Saúde and the Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Simple and relative frequencies were calculated to allow the description and data analysis. Federal funding for Primary Health Care of municipalities raised during the studied period (27%). Likewise, all regions showed an increase in the volume of federal transfers. The Primary Care Block was the second in volume of financial resources allocated to most brazilian regions. The municipalities from the North and Northeast regions presented the highest averages of per capita value for Primary Care, respectively R\$ 94.80 and R\$ 116.70. Thus, there was an increase in resources allocated to primary health care, suggesting a policy of prioritizing this level of care by the Nacional Department of Health, which occurred more significantly in the poorest regions of the country.*

¹ Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. amana.santana@gmail.com

² Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. analuvilas@gmail.com

KEYWORDS *Healthcare financing. Primary Health Care. Health care rationing.*

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), constituído como um sistema universal e descentralizado, opera sob responsabilidade dos três entes federados, que compartilham seu financiamento. Desde o seu surgimento, sucederam-se alterações em fontes de receitas, impostos e contribuições sociais, na busca de garantir recursos estáveis e suficientes para seu funcionamento. As condições de financiamento do SUS influenciaram diretamente o processo de descentralização da política de saúde no Brasil, e a política de Atenção Básica (AB) ilustra bem essa questão¹.

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde integrou o campo da proteção social no País, juntamente com a previdência e a assistência social. Assim, seu financiamento foi definido pela vinculação de impostos e contribuições do Orçamento da Seguridade Social (OSS), inicialmente prevista a vinculação de 30% destes recursos. Todavia esse percentual não foi cumprido devido às restrições ao financiamento de políticas públicas à época da crise econômica. Entre 1997 e 2007, vigorou um novo tributo denominado Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que, em seu período de vigência, representou 30% do total de recursos federais para a saúde. Não obstante, a destinação dos seus recursos não se deu exclusivamente para a saúde².

O processo de descentralização de ações e serviços de saúde iniciou-se no Brasil, de fato, com a implementação das Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOB 1/93, NOB 1/96) que definiram critérios para transferência de recursos financeiros e de infraestrutura da União para estados e municípios³. A NOB 93 criou a modalidade de repasse fundo a fundo, com transferências federais feitas de forma regular e automática na perspectiva de fortalecer o processo de municipalização⁴. Entre os avanços introduzidos pela NOB 96, destaca-se a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), pelo qual se destinavam os recursos de

ações e serviços de assistência básica para os municípios de gestão plena da AB, um grande avanço, pois atribuía valores per capita para AB, marcando uma redistribuição mais equitativa de recursos⁵⁻⁷.

Sinais de uma maior estabilidade do financiamento da saúde iniciaram-se com a expedição da Emenda Constitucional (EC) 29, criada em 2000, a qual estabelecia o volume mínimo a ser aplicado à saúde anualmente pela União, estados e municípios. A regulamentação dessa emenda só ocorreu em 2012, por meio da promulgação da Lei Complementar nº 141, que avançou na definição das despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)⁸. Em 2015, houve a promulgação a EC 86, que definiu o escalonamento dos recursos do orçamento da União destinados à saúde nos cinco anos seguintes ao da sua promulgação. Assim, a aplicação mínima em saúde a partir do primeiro ano seria de 13,2%; 13,7%; 14,1%; 14,5%; e, 15% da receita corrente líquida⁹.

As transferências intergovernamentais são fundamentais para o financiamento do SUS dos municípios e estados brasileiros. Nas diferentes regiões do País, as transferências provenientes dos estados e União correspondem às principais fontes de receitas correntes municipais vinculadas à saúde¹⁰.

Novas regras para o financiamento da saúde foram estabelecidas por intermédio da Portaria nº 204, de 2007, que definiu as transferências de recursos federais na forma blocos de financiamento, a saber: AB; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS¹¹ e Investimentos na rede de serviços de saúde, criado em 2009¹². Nessa modalidade de financiamento, o Bloco da Atenção Básica (BLATB) é constituído por dois componentes: o Piso de Atenção Básica Fixo (PAB fixo), que se refere a um valor fixo per capita a ser destinado às ações de assistência básica da população, e o Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), que inclui distintos

incentivos financeiros federais a partir da adesão a programas e estratégias¹¹.

Ao se considerar que o governo federal é o principal agente definidor da política de saúde no Brasil, nos últimos anos, observam-se esforços no sentido de mudanças no modelo de assistência à saúde por meio da priorização da AB, especialmente com os incentivos financeiros para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs)¹³. O destaque para a AB também pode ser observado mediante despesas do Ministério da Saúde. Entre os anos de 1998 e 2003, do total de despesas do Ministério, a parcela da AB ampliou de 15,68% para 25,68%⁴. Ademais, os programas de AB, representados pelo PAB Variável, são considerados uma das transferências mais dinâmicas e predominantes na última década¹.

A distribuição dos recursos federais para a expansão das ações de AB tem favorecido as regiões e segmentos populacionais com maiores necessidades de saúde¹⁴. Embora as políticas de incentivos financeiros tenham promovido a expansão dessas ações, ainda existem problemas e contradições. As políticas determinadas pelo Ministério da Saúde muitas vezes desconsideram a grande heterogeneidade dos municípios brasileiros, não sendo flexíveis para adequação às condições locais¹⁵.

Na literatura, há registro de trabalhos sobre o financiamento da Atenção Básica à Saúde, destacando-se aqueles que tratam da política de financiamento da AB das três esferas federativas, com ênfase em programas específicos, a exemplo do PSF, PAB, Pacs^{13,15-21}. Outros tratam do desempenho municipal da alocação de recursos na AB utilizando o parâmetro da eficiência técnica²² e da alocação equitativa dos recursos federais do SUS para AB²³.

O conhecimento sobre a distribuição de recursos federais entre diferentes estados e regiões do País pode contribuir para a delimitação de proposta sobre critérios alocativos mais equânimes para a saúde¹⁴. Assim, o presente estudo objetiva descrever

a distribuição das transferências de recursos federais para AB no Brasil via repasse aos municípios, segundo regiões, entre os anos de 2008 e 2016. Para isso, comparou-se a proporção dos recursos federais transferidos para AB em relação aos demais blocos de financiamento, e se descreveu a distribuição total e per capita dos recursos transferidos para AB no período estudado.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo, que teve como fonte de dados o sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Os dados de estimativa populacional foram obtidos no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O FNS é o gestor financeiro dos recursos federais destinados ao SUS. Em seu sítio eletrônico, são disponibilizadas informações relativas ao custeio e investimento no âmbito do SUS, por meio de consultas de pagamentos, convênios, entre outros dados, para estados e municípios²⁴. A coleta dos dados secundários foi realizada no FNS mediante o tipo de consulta intitulada 'Consulta de pagamento consolidada', que disponibiliza o total de repasse federal por blocos de financiamento para os municípios brasileiros segundo unidade federativa e ano. Consideraram-se os dados da coluna 'valor total' da busca.

Os anos de 2008 a 2016 foram escolhidos como recorte temporal por se tratar de dois períodos de vigência do Plano Plurianual de Ação (PPA) – de 2008 a 2011 e de 2012 a 2015 – e pela disponibilidade dos dados nas fontes oficiais públicas do FNS e IBGE. A inclusão do ano de 2016 deve-se à mudança na gestão federal que pode ter alterado a composição das transferências de recursos para os municípios.

Para fins de análise, os dados de transferências federais, por meio dos blocos de financiamento, foram desagregados segundo as cinco regiões geográficas: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Com a finalidade de comparar os dados na série temporal selecionada, os valores absolutos foram deflacionados utilizando o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), para o ano base de 2016, último ano do estudo, indicados nas tabelas e gráficos como ‘valor real’. Os dados foram tabulados em planilhas do Microsoft Excel® segundo ano de transferência e classificados segundo bloco de financiamento e região. Foram calculadas frequência simples e relativas que permitiram a descrição e análise dos dados. O cálculo do valor per capita para a AB segundo região foi obtido pela divisão do valor total de recursos do BLATB (PAB Fixo e Variável) transferidos pelo Ministério da Saúde aos

municípios segundo a população total de cada uma das cinco regiões geográficas e do total do País.

Resultados

O financiamento federal para todos os blocos de financiamento dos municípios brasileiros evoluiu entre os anos de 2008 e 2016, com um crescimento significativo, em valor nominal, de aproximadamente 123,9%, passando de cerca de R\$ 22 bilhões para R\$ 50 bilhões respectivamente. No entanto, nota-se que, em valores reais, esse crescimento se reduz para 28,7%, passando de cerca de R\$ 41 bilhões para R\$ 53 bilhões (*tabela 1*).

Tabela 1. Transferências federais para municípios segundo bloco de financiamento, valor nominal e real, 2008 e 2016

Blocos de Financiamento	2008			2016		
	Nominal	Real	%	Nominal	Real*	%
BLATB	6.833.686.815,82	14.020.187.060,69	30,4	16.705.601.078,48	17.804.828.961,22	33,2
BLMAC	14.117.584.465,18	24.964.734.489,43	62,8	28.070.580.768,11	29.917.623.859,83	55,8
BLVIG	863.091.033,74	1.526.241.160,50	3,8	2.112.070.169,84	2.251.044.302,53	4,2
BLAFT	574.361.831,33	1.015.668.838,77	2,6	1.018.247.459,26	1.085.248.101,35	2,0
BLGES	50.746.946,82	86.414.924,27	0,2	34.347.937,94	36.608.030,88	0,1
BLINV	0,00	0,00	0,0	2.322.893.184,92	2.475.739.463,57	4,6
OUTROS	48.500.000,00	85.764.798,20	0,2	76.284.361,78	81.303.869,73	0,2
Total	22.487.971.092,89	41.699.011.271,85	100	50.340.024.960,33	53.652.396.589,12	100

Fonte: Elaboração própria. FNS, 2017.

*Valores deflacionados para 2016 segundo o INPC.

BLATB - Bloco de Atenção Básica

BLMAC - Bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

BLVIG - Bloco de Vigilância em Saúde

BLAFT - Bloco de Assistência Farmacêutica

BLGES - Bloco de Gestão do SUS

BLINV - Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde.

Ao analisar o BLATB, em 2008, este representou 30,4% do total alocado, configurando-se como o segundo maior bloco de alocação dos recursos federais para municípios, logo após o Bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

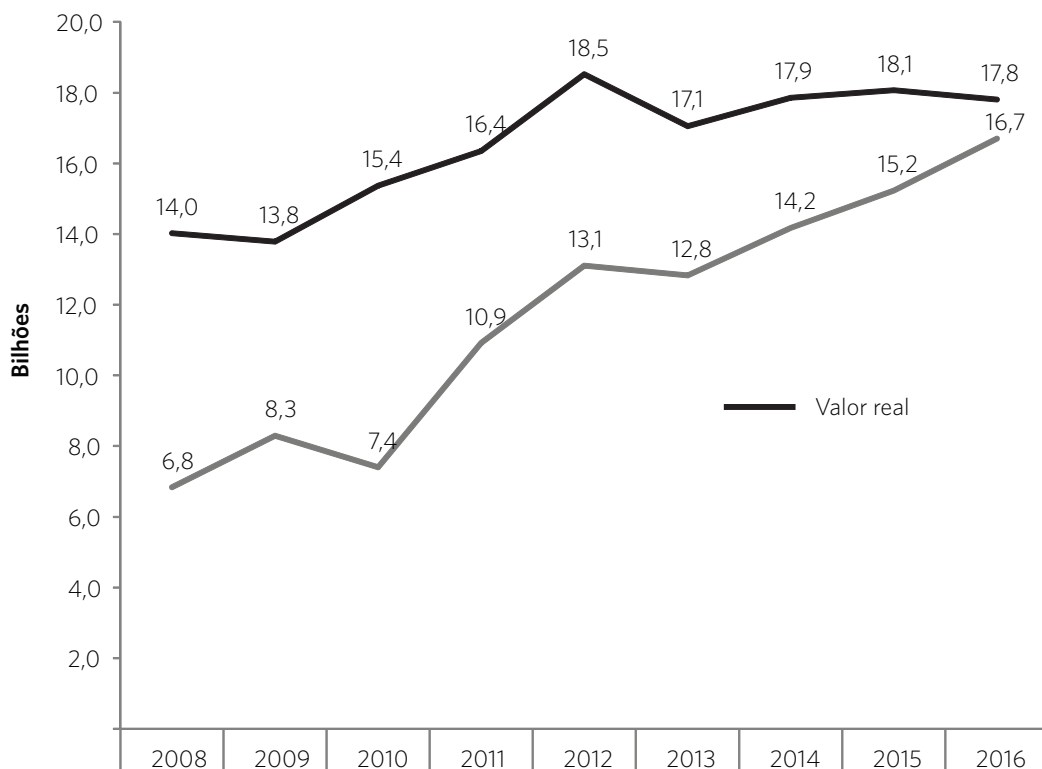
(BLMAC) (62,8%). No último ano analisado (2016), esse comportamento se manteve, e o BLATB representou 33,2% do total.

Sobre a evolução do financiamento do BLATB, em valores deflacionados, nota-se que os recursos federais transferidos para

AB aumentaram ao longo dos anos, registrando um crescimento de 27%, partindo de R\$ 14.020.189.068,69, em 2008, para R\$ 17.804.830.977,22, em 2016. Destaca-se que o crescimento mais expressivo ocorreu de

2011 para 2012, cujos repasses aumentaram em 6% (*gráfico 1*). Entre os anos de 2008 e 2012, essas transferências totalizaram R\$ 105.492.491.114,62 em valor nominal e R\$ 148.822.619.313,53 em valor real.

Gráfico 1. Evolução do financiamento federal para AB no Brasil em valores reais e nominais, 2008 a 2016 (em bilhões)



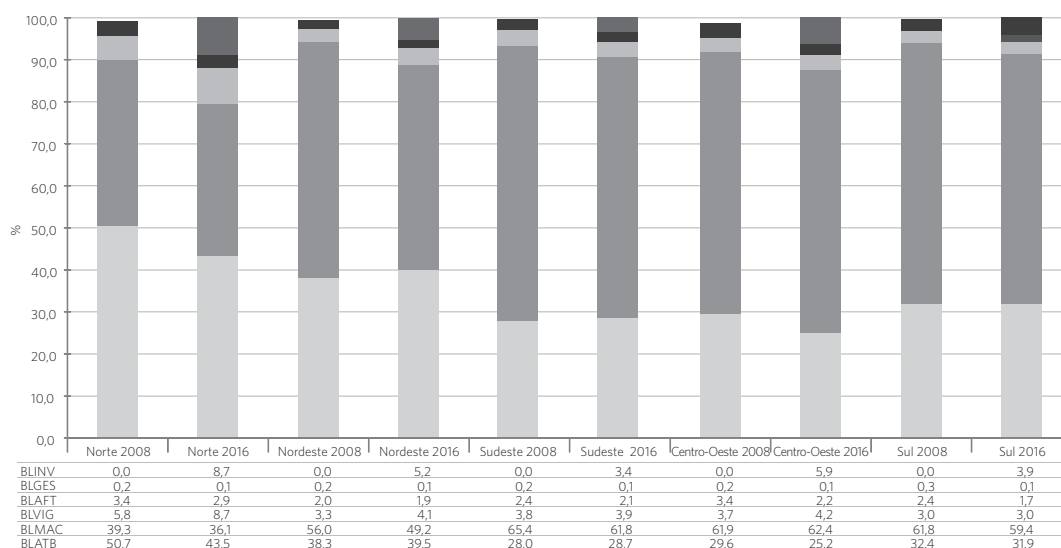
Fonte: Elaboração própria. FNS, 2017.

Ao desagregar os dados segundo regiões geográficas, observa-se que predominam nas regiões brasileiras o financiamento da Média e Alta Complexidade (MAC), em detrimento dos demais blocos de financiamento, o que pode se relacionar com o modelo assistencial hegemônico no SUS, o denominado médico-assistencial privatista, em que os procedimentos individuais centrados no atendimento especializado e hospitalar são valorizados em detrimento das ações de AB. Apenas na região Norte o volume transferido para a AB ultrapassou o volume destinado à MAC, representando 50,7%, em 2008, e 43,5%,

em 2016, do total transferido para os blocos de financiamento. Em seguida, os municípios da região Nordeste receberam a segunda maior proporção de recursos federais destinados à AB, 39,5% em 2016. Destaca-se que o Nordeste foi a única região que registrou aumento da proporção do financiamento da AB quando comparados os anos de 2008 e 2016 em relação aos demais blocos de financiamento (*gráfico 2*).

Por outro lado, as regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentaram o percentual mais baixo de recursos federais para o BLATB, 28,7% e 25,2% respectivamente em 2016.

Gráfico 2. Percentual de recursos federais destinados aos blocos de financiamento, segundo região geográfica, 2008 e 2016



Fonte: Elaboração própria. Portal do Fundo Nacional de Saúde²⁴.

BLINV - Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde.

BLGES - Bloco de Gestão do SUS

BLAFT - Bloco de Assistência Farmacêutica

BLVIG - Bloco de Vigilância em Saúde

BLMAC - Bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

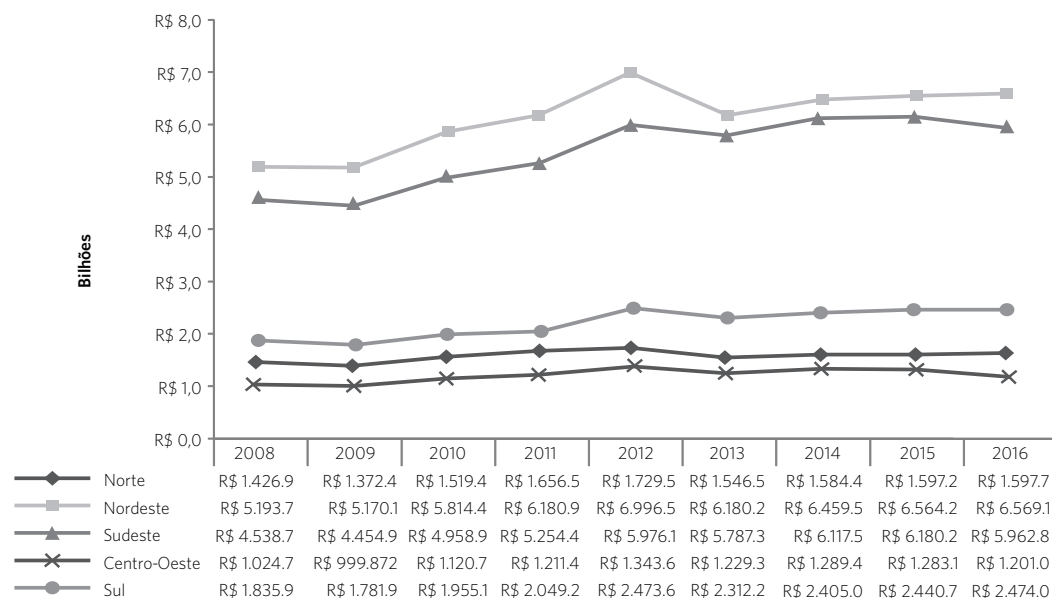
BLATB - Bloco de Atenção Básica

No tocante à evolução do financiamento da AB, todas as regiões registraram aumento no volume dos repasses federais no período de 2008 a 2016. Destacam-se as regiões Nordeste e Sudeste, cujos volumes reais transferidos para o BLATB foram os maiores no período estudado. Por serem as regiões mais populosas do Brasil, esse resultado pode estar relacionado com o efeito da base populacional, utilizada como critério de distribuição dos recursos da AB para o PAB fixo. A Portaria nº 1.409 (2013) determina que, para o cálculo do valor mínimo do PAB fixo, os critérios adotados incluem dois aspectos, uma pontuação que varia de 0 a 10, com base em indicadores se-leccionados (Produto Interno Bruto – 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); e a base populacional a partir da estimativa da população municipais do IBGE, distribuindo os municípios em quatro grupos. O valor mínimo para os municípios do Grupo I é de R\$ 28,00 por habitante (hab.) ao ano; para o grupo II, R\$ 26,00 hab./ano; o grupo III corresponde a R\$ 24,00 hab./ano e para o grupo IV, R\$ 23,00 (hab./ano)²⁵.

Os municípios da região Nordeste receberam o maior volume de investimento federal para os serviços da AB. Os repasses aumentaram de R\$ 5.193.793.218,94 em 2008 para R\$ 6.569.111.330,46 em 2016 (26,5%). Também, a região Sudeste registrou um crescimento expressivo no financiamento da AB de 31,4%, partindo de R\$ 4.538.728.867,36 em 2008 para R\$ 5.962.839.319,84 em 2016 (gráfico 3).

Gráfico 3. Evolução do volume de recursos federais transferidos para AB dos municípios, segundo região geográfica, 2008 a 2016 (em bilhões)



Fonte: Elaboração própria. FNS, 2017.

Ademais, a região Sul, que correspondeu ao terceiro maior volume de repasse federal para o BLATB, apresentou crescimento mais expressivo no período (34,8%). Ainda que a região Norte represente aquela de maior percentual de recursos federais transferidos para AB municipal, em termos de volume real, é a segunda menor região a receber financiamento para AB, após a região Centro-Oeste. Nesse octênio, não houve oscilações significativas das transferências para a AB em ambas as regiões. Em 2012, foi registrado o volume mais significativo do período, de R\$ 1.729.593.711,76 na região Norte e de R\$ 1.343.627.051,46 para o Centro-Oeste.

A distribuição per capita dos recursos transferidos para AB ampliou-se nos anos estudados, partindo de R\$ 73,90 em 2008 para R\$ 86,40 em 2016. Logo, registrou-se uma média per capita de transferências federais para AB de R\$ 85,20 no período. Os anos de 2012 e 2015 registraram valores per

capita mais elevados no período, R\$ 95,50 e R\$ 100,50 respectivamente. Destaque-se que tal variação no valor per capita total para a AB está diretamente relacionado com os repasses federais para programas específicos, a exemplo do Pacs, Estratégica Saúde da Família (ESF), Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso da Atenção Básica (PMAQ), Saúde Bucal e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf), que correspondem ao PAB Variável. Tais transferências dependem da capacidade municipal de adesão a tais programas.

Ao desagregar os valores per capita investidos na AB segundo regiões geográficas, ressalta-se que as regiões Norte e Nordeste foram as únicas que registraram valores acima da média nacional em todos os anos estudados. Das cinco regiões, apenas na região Norte ocorreu uma redução do valor per capita transferidos para a AB no período (tabela 2).

Tabela 2. Transferências federais para AB: distribuição per capita dos valores repassados aos municípios segundo região geográfica, 2008 a 2016 (em valores reais)*

Regiões Geográficas	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Norte	94.2	89.4	95.7	102.9	106.0	91.1	92.0	91.4	90.2
Nordeste	97.8	96.9	109.5	115.5	129.8	110.8	115.0	159.9	115.4
Sudeste	56.6	80.8	61.7	64.9	73.3	68.5	71.9	72.1	69.0
Sul	66.8	64.3	71.4	74.3	89.2	80.3	82.9	83.5	84.0
Centro-Oeste	74.8	72.0	79.8	85.0	93.2	82.0	84.7	83.1	76.7

Fonte: Elaboração própria. População-IBGE-Estimativa de população - 2013. FNS, 2017.

*Valores deflacionados para 2016 segundo o INPC.

O Nordeste caracterizou-se como a região que recebeu o maior volume per capita de recursos federais para AB no período de 2008 a 2016, com uma média de R\$ 116,70. Ademais, de 2008 para 2016, houve um aumento de 18% no valor per capita para os habitantes dos municípios nordestinos.

A região Norte apresentou uma média per capita de R\$ 94,80 nesses oito anos. No entanto, de todas as regiões, apenas nela registrou-se uma redução (4,3%) do valor per capita transferido para a AB no período. O Centro-Oeste apresentou a terceira maior média per capita do período analisado, correspondente a R\$ 81,20. Entre os anos de 2008 e 2016, houve um aumento de apenas 2,5% do valor per capita dos recursos transferidos para AB nessa região.

Observa-se que o Sudeste, apesar de ter se destacado pelo volume total de recursos federais transferidos para AB, quando analisado o valor per capita, ocupou a última posição entre as cinco regiões de 2008 a 2016. Registrou-se uma média per capita de R\$ 68,30. No entanto, é importante destacar que, no período, houve um crescimento de 22% dos recursos federais per capita repassados pela União. A região Sul registrou uma média per capita de R\$ 77,40 ano no período estudado e se destacou por apresentar um significativo incremento real investidos na AB, correspondente a 25,9%.

Discussão

No período de 2008 a 2016, o financiamento federal para os blocos de financiamento aumentou gradativamente, alcançando um crescimento de 28,7% em valor real. Igualmente, o financiamento para AB dos municípios aumentou ao longo dos anos, registrando um crescimento de 27%. O BLATB foi o segundo maior bloco de alocação de financiamento federal no período estudado, atrás do BLMAC. Isso retrata, nas regiões brasileiras, uma predominância do financiamento da MAC em detrimento dos demais blocos de financiamento, com exceção da região Norte, onde a alocação de recursos para AB foi predominante ao longo do período. Os maiores volumes de recursos federais para AB foram registrados nas regiões mais populosas, Sudeste e Nordeste. Ademais, houve um aumento da distribuição per capita dos recursos para AB no Brasil, com destaque para as regiões mais pobres, Nordeste e Norte, que receberam o maior volume per capita de recursos federais para AB no período de 2008 a 2016.

Alocação de recursos federais para Atenção Básica à Saúde

Caracterizada como a maior arrecadadora de impostos e contribuições, a esfera federal é responsável pela formulação e execução da política econômica brasileira. Logo,

a importância desses recursos cria uma relação de dependência dos demais entes para com a União. Explica-se, a partir disso, a relevância da participação das transferências federais no processo de descentralização do SUS, o que pode gerar uma influência direta na indução de políticas e programas nos estados e municípios, a exemplo das políticas e programas federais da AB⁶.

O Ministério da Saúde, a partir da segunda metade da década de 1990, tem investido em instrumentos visando reorientar a reorganização da lógica assistencial do SUS nos municípios, com o marco da expansão da política de AB. No tocante a esses instrumentos, cita-se a implantação do PAB e, especialmente, o PAB Variável que ilustra esse processo; uma vez que os recursos são transferidos por meio de incentivos para adesão aos diversos programas federais, estes passavam a ser fontes complementares de receitas municipais¹⁰.

No presente estudo, observou-se uma variação do valor per capita para AB entre as regiões, o que provavelmente está relacionado com o grau de adesão dos municípios a programas induzidos pelo governo federal, com destaque para o PSF e o Pacs. O aumento da alocação de recursos para o PAB Variável ocorreu com vistas à expansão dos incentivos financeiros repassados para a implantação do PSF locais. Esse processo de expansão do PSF se desenvolveu ao longo dos anos 2000^{13,15}.

As transferências federais do BLATB cresceram em 123,52% de 2007 a 2015, dados similares ao encontrado no presente estudo referente ao período de 2008 a 2016, que correspondeu a um incremento de 123,9%, ambos em valor nominal. Esses autores apontam que BLATB foi o único que aumentou a participação no total de valores repassados no período, com a justificativa da política de priorização da AB dada pelo Ministério da Saúde⁶. Destaca-se, também, um pequeno aumento na alocação para a AB entre os anos de 2011-2015, referente à política do Ministério da Saúde de fortalecimento de

ações, programas ou estratégias, mediante incentivos. A maior parte dos recursos do PAB Variável, a partir das transferências federais para municípios, correspondeu à ESF e ao Pacs^{13,26}.

No tocante às prioridades alocativas do governo federal por níveis de atenção, assim como foi priorizado o financiamento da AB, no período de 1997 a 2001, aumentou também a participação do Ministério da Saúde nas despesas de MAC (de 28% para 61%). Ao comparar os gastos desses blocos, há uma prevalência de alocação de recursos para a MAC em comparação ao PAB Fixo, entre 1995 e 2012, com destaque para um crescimento expressivo do valor per capita relativo à MAC, partindo de R\$ 121,60 para R\$ 174,50, o que não ocorreu com os recursos per capita destinados para o PAB Fixo, que correspondeu a R\$ 22,40 para R\$ 22,60 no mesmo período¹³. Este último caracterizado como valor fixo transferido fundo a fundo para os municípios, baseia-se pelo critério populacional e contribui para o processo de municipalização da AB. Esses dados vão ao encontro dos achados do presente estudo, que destacam a predominância de alocação de recursos federais para o BLMAC em detrimento do BLATB e dos demais blocos (vigilância em saúde; assistência farmacêutica; gestão do SUS e investimentos na rede de serviços de saúde), no período de 2008 a 2012.

Distribuição regional das transferências federais para Atenção Básica à Saúde

O Brasil é um país marcado por expressivas desigualdades regionais resultantes do processo histórico de conformação política e econômica²⁷. Atualmente, o território brasileiro é constituído por 5.570 municípios completamente distintos em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social e capacidade de arrecadação tributária. Isso significa que há diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde ao longo do território^{6,28}.

A partir desse cenário marcado pela diversidade sociocultural, desigualdade socioeconômica e singularidade epidemiológica que distinguem as regiões brasileiras, o Ministério da Saúde tem assumido o compromisso de tornar as bases de financiamento das políticas de saúde mais equitativas. A Lei Complementar nº 141/2012, que também estabelece os critérios de rateio dos recursos para a saúde, determina que a distribuição dos recursos da União para a saúde dos estados, Distrito Federal e municípios deve considerar aspectos como as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde⁸, determinados também no art. 35 da Lei Orgânica da Saúde.

Estudos têm mostrado discrepâncias regionais no financiamento da AB no Brasil. O principal componente das transferências federais do SUS está voltado para a média e alta complexidade nas diversas regiões do País, com a exceção das regiões Norte e Nordeste, onde se destacam recursos para AB¹⁰. Ao comparar a distribuição percentual da população e dos blocos de financiamento, nota-se que as transferências federais destinadas à AB das regiões Nordeste e Norte registraram, no ano de 2014, uma proporção de recursos superior à distribuição da população, sugerindo um efeito redistributivo das transferências, o que também foi evidenciado neste estudo². Em 1999, essas regiões apresentaram valores per capita para AB expressivamente superiores às demais, R\$ 17,21 e R\$ 16,15 respectivamente, quando o per capita médio nacional foi de R\$ 14,20¹⁴.

Dados de um estudo sobre metodologias de alocação equitativa dos recursos federais do SUS para procedimentos da AB, em 2005, apontam que os municípios das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram um PAB per capita inferior à média nacional de R\$ 27,00, correspondentes a médias regionais de R\$ 22,82, R\$ 24,06 e R\$25,14 respectivamente. Por outro lado, os municípios

das regiões Norte e Nordeste registram valores muito superiores, apresentando as duas regiões médias de R\$ 33,89 e R\$ 31,52 respectivamente. Ademais, 97,2% dos municípios nordestinos apresentaram um PAB per capita mais alto do que a média brasileira, enquanto no Sul, 94,9% dos municípios ficaram com valor inferior à média nacional²³. Da mesma forma, em 2011, as despesas federais per capita para AB mais elevadas permaneceram destinadas aos municípios da região Nordeste, justificado pela maior participação dos municípios desta região nos programas ministeriais como o Saúde da Família²⁹.

Ao comparar os dados deste estudo com os achados referentes ao ano de 2005, cabe registrar o aumento significativo dos valores per capita para a AB no Brasil, saindo de R\$ 27,00 em 2005 para R\$ 100,50 em 2015. Do mesmo modo, ocorreu com a média per capita para o PAB das cinco regiões, as regiões Nordeste e Norte ampliaram de R\$ 31,52 e R\$ 33,89 para R\$ 159,90 e R\$ 91,40 em 2015 respectivamente. Além disso, para os municípios das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, que, em 2005, as médias per capita da AB eram R\$ 22,82, R\$ 24,06 e R\$25,14, ampliou em 10 anos para R\$ 72,00, R\$ 83,50, R\$ 83,10 respectivamente²³.

Dessa forma, observa-se que a expansão da ESF se deu de forma mais significativa nas regiões mais carentes, a exemplo das regiões Norte e Nordeste, onde estão concentrados os municípios mais pobres do país. De outro modo, na região Sudeste, as despesas federais com atenção ambulatorial de MAC são expressivamente mais altas do que nas demais, pela condição de sua distribuição de oferta. Assim, fatores como o processo de implantação e expansão do PSF e a menor capacidade de oferta de serviços do SUS de maior complexidade são algumas das justificativas para essa discrepância regional^{10,27}.

A política de incentivos federais reverberou no aumento de poder da União na determinação da política nacional de saúde, especialmente no campo da AB. Embora

tenha sido um movimento com vistas à transformação do modelo assistencial por meio da expansão das ações e serviços desse nível de atenção, é preciso observar que essas transferências federais condicionadas podem dificultar a implantação de uma política de AB baseada nas necessidades de saúde locais, especialmente em municípios menores que não possuem receitas próprias suficientes para financiar a despesa não coberta pelo Ministério da Saúde¹³.

Apesar de serem insuficientes para cobrir integralmente os custos dos programas ministeriais aderidos pelos municípios, esses incentivos, repassados pelo PAB Variável, subsidiam o custo de oferta, auxiliando no financiamento dos programas executados no âmbito local. Destaque-se que há uma complementariedade de mecanismos dos recursos federais repassados com a contrapartida de recursos próprios municipais para o financiamento da AB³⁰.

Considerações finais

Segundo os dados do FNS, as transferências de recursos federais para os municípios, sob a forma de blocos de financiamento, ampliou gradativamente entre 2008 e 2016, registrando um crescimento, em valores reais, de 28,7% no final do período. Da mesma forma, o financiamento federal para a AB dos municípios brasileiros evoluiu no período estudado, indicando uma política de priorização da AB por parte do Ministério da Saúde.

Cabe ainda frisar que movimentos como a aprovação da Emenda Constitucional 95, que estabelece o teto para os gastos públicos da saúde, intensifica o contexto de subfinanciamento do SUS. Logo, tem-se um modelo de financiamento inadequado para atender às necessidades de saúde dos distintos municípios e estados brasileiros, o que reflete, conseqüentemente, na operacionalização e qualidade da assistência básica a saúde.

Diante desse quadro, é imprescindível o acompanhamento da política de financiamento da saúde pública mediante estudos que detalhem as alocações financeiras entre diferentes estados e regiões, bem como as despesas com saúde, a fim de contribuir para a delimitação de uma distribuição de forma equânime.

Por entender a complexidade da assistência no nível da AB e pelo seu papel de porta preferencial dos usuários no SUS, sugerem-se estudos desagregados por unidades federativas que caracterizem as tendências de financiamento triparte para AB, com a finalidade de compreender o impacto dos recursos financeiros na assistência, definir incrementos na atenção primária dos municípios e contribuir para o controle social do SUS.

Almeja-se, independentemente da situação econômica em que o País se encontra, que o desenvolvimento econômico esteja a serviço do desenvolvimento social, e não o inverso, devendo a saúde ser considerada prioridade nos gastos públicos de um país tão desigual como o Brasil. ■

Referências

1. Dain S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2007 [acesso em 2017 mar 18]; 12(supl):1851-1864. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700008&lng=pt&lng=pt.
2. Piola SF, Barros ME. Financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: Marques SFP, Piola SF, Roa A, organizadores. *Sistema de Saúde no Brasil: Organização e financiamento*. Rio de Janeiro: Abres; Ministério da Saúde; OPAS/OMS; 2016. p. 101-38.
3. Pinto I, Teixeira C, Solla J, et al. Organizações do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: Paim J, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 231-44.
4. Ugá MAD, Marques R. O financiamento do SUS: Trajetória, contexto e constrangimentos. In: Lima NT, Gerschman S, Edler F, organizadores. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 193-233.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 06 nov 1996. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde e disciplina as relações entre as três esferas de gestão do Sistema [internet]. *Diário Oficial da União*. 6 nov 1996 [acesso em 2017 fev 12]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html.
6. Santos RJM, Luiz V. Transferências federais no financiamento da descentralização. In: Marques SFP, Piola SF, Roa A, organizadores. *Sistema de Saúde no Brasil: Organização e financiamento*. Rio de Janeiro: Abres, Ministério da Saúde, OPAS/OMS; 2016. p. 169-204.
7. Aquino RA, Medina GM, Nunes CA, et al. Estratégia Saúde da Família e Reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 353-71.
8. Brasil. Lei Complementar no 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos [internet]. *Diário Oficial da União* 16 jan 2012 [acesso em 2017 ago 20]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm.
9. Brasil. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. [internet]. *Diário Oficial da União*. 18 mar 2015 [acesso em 2017 set 16]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm?TSPD_101_R0=e35fc52855d6a4a8fd18845ac821ffc9ix0000000000000000000000005ae6902400a4d790a5](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm?TSPD_101_R0=e35fc52855d6a4a8fd18845ac821ffc9ix0000000000000000769269b3ffff0000000000000000000000005ae6902400a4d790a5).
10. Lima LD, Andrade CL. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(10):2237-2248.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de Janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle [internet]. *Diário Oficial da União*. 31 jan 2007 [acesso em 2017 mar 18]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 837, de 23 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 a transferência [internet]. Diário Oficial da União. 23 abr 2009 [acesso em 2017 mar 28]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html.
13. Mendes Á, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2017 jun 05]; 38(103):900-916. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.20140079>.
 14. Ugá MA, Piola SF, Porto SM. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc. Saúde Colet.* 2003;8(2):417-437.
 15. Marques RM, Mendes Á. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2003 [acesso em 2017 jun 06];8(2):403-15. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v8n2/a07v08n2>.
 16. Solla JJSP, Reis AAC, Soter APM, et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [iInternet]. 2007 [acesso em 2017 ago 12]; 7(4):495-502. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000400018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
 17. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(4):693-705.
 18. Rosa MRR, Coelho TCB. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2011 [acesso em 2017 abril 2]; 16(3):1863-1873. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300021&lng=pt&tlng=pt.
 19. Portela GZ, Ribeiro JM. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2011 [acesso em 2017 abril 2]; 16(3):1719-1732. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232011000300009.
 20. Sobrinho JEL, Espírito Santo ACG. Participação dos entes federados no financiamento da saúde bucal de atenção básica: Estudo no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco. *Saúde e Soc.* 2013; 22(4):994-1000.
 21. Melamed C, Costa NR. Brazilian federal financing innovations in Basic Health. *Ciênc. Saúde Colet.* 2003; 8(2):383-401.
 22. Gonçalves MA, Maia L, Dias AT, et al. Uma análise da mudança de produtividade da alocação de recursos públicos na atenção básica da saúde em municípios da região sudeste brasileira. *Rev. Ciências Adm.* 2012; 14(34):60-74.
 23. Mendes Á, Leite MG, Marques RM. Discutindo uma metodologia para a alocação equitativa de recursos federais para o sistema único de saúde. *Saúde Soc.* [internet]. 2011 [acesso em 2017 abril 12]; 20(3):673-690. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000300013.
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Portal do Fundo Nacional de Saúde. Competências, características, missão e forma de gestão do Fundo Nacional de Saúde [internet]. 2014 [acesso em 2017 fev 2]. Disponível em: <http://portalfnns.saude.gov.br/sobre-o-fns>.
 25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.409, 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 F [Internet]. Diário Oficial da União. 11 jul 2013 [acesso em 2017 mar 18]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1409_10_07_2013.html.

26. Mendes Á, Rozsá FF. O SUS e seu financiamento. In: Marques SFP, Piola SF, Roa A, organizadores. Sistema de Saúde no Brasil: Organização e financiamento. Rio de Janeiro: Abres; Ministério da Saúde; OPAS/OMS; 2016. p. 139-68. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf.
27. Albuquerque MV, Viana ALD, Lima LD, et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2017 [acesso em 2017 ago 6]; 22(4):1055-1064. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401055&lng=pt&tlng=pt.
28. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS [internet]. Brasília, DF: Conass; 2003 [acesso em 2017 set 28].
29. Machado CV, Lima LD, Andrade CLT. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. 2014; 30(1):187-200.
30. Arias VD. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. Cad. Saúde Pública [internet]. 2011 [acesso em 2017 ago 12]; 27(6):1201-1212. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600017&lng=pt&tlng=pt.