



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

AMANA SANTANA DE JESUS

**FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA DOS MUNICÍPIOS DA
BAHIA: ANÁLISE DAS TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS DE 2008 A
2017**

Salvador
2021

AMANA SANTANA DE JESUS

**FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA DOS MUNICÍPIOS DA
BAHIA: ANÁLISE DAS TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS DE 2008 A
2017**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, na área de concentração de Planificação e Gestão em Saúde, como requisito para obtenção do grau de mestre em Saúde Comunitária.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Coorientadora: Profa. Dra. Rosana Aquino Guimarães Pereira

Salvador
2021

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S232f Santana, Amana de Jesus.

Financiamento da Atenção Básica dos municípios da Bahia: análise das transferências federais de 2008 a 2017 / Amana de Jesus Santana. – Salvador: A.J. Santana, 2021

88 f.: il

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas.
Coorientadora: Profa. Dra. Rosana Aquino Guimarães Pereira.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva.
Universidade Federal da Bahia.

1. Financiamento da Saúde. 2. Atenção Básica à Saúde. 3. Alocação de Recursos para Atenção à Saúde. I. Título.

CDU 614.2



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

AMANA SANTANA DE JESUS

Financiamento da atenção básica dos municípios da Bahia: análise das transferências federais de 2008 a 2017.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 30 de novembro de 2021.

Banca Examinadora:

Ana Luiza Vilasbôas

Profa. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas - Orientadora - ISC/UFBA

Rosana Aquino Guimarães Pereira

Profa. Rosana Aquino Guimarães Pereira – ISC/UFBA

Erika Santos de Aragão

Profa. Erika Santos de Aragão - ISC/UFBA

Aluísio Gomes da Silva Junior

Prof. Aluísio Gomes da Silva Junior - ISC/UFF

Salvador
2021

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Lúcia e Josemar**, pelo apoio incondicional diante das minhas escolhas e por toda dedicação e esforço em prol da educação de suas filhas.

AGRADECIMENTOS

Após percorrer uma jornada permeada por inúmeros desafios, aprendizados, incertezas, alegrias, angústias e obstáculos, é com grande satisfação que expresso meus sinceros agradecimentos a tantas pessoas especiais que contribuíram de alguma forma para conclusão desta importante etapa da minha vida.

À Ana Luiza Vilasbôas, minha querida orientadora, grande incentivadora e conselheira desde o início da minha formação acadêmica. A sua paciência e capacidade de tornar os desafios desta caminhada mais leves serviram como pilares de sustentação para a conclusão deste trabalho. Obrigada pela dedicação, confiança, aprendizados compartilhados e amizade.

A Profa. Rosana Aquino, por ter embarcado nesta jornada através da coorientação. Obrigada por todo conhecimento compartilhado, que trouxeram clareza às minhas dúvidas e angústias na etapa pós qualificação, bem como pelos acréscimos significativos na dissertação.

As Professoras e amigos do Grupo de Pesquisa Formação e Avaliação da Atenção Básica (GRAB/ISC), pela troca de aprendizados e momentos de leveza e companheirismo nos anos iniciais do mestrado. Embora tenhamos traçado caminhos diferentes, ficaram as marcas de competência e respeito. Em especial, gostaria de citar o meu agradecimento aos queridos amigos Cléber e Daiane pela disponibilidade em colaborar na fase do processamento dos dados deste trabalho.

Aos Professores do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/ UFBA), pela dedicação, competência, apoio e todo conhecimento compartilhado.

Aos Professores Erika Aragão e Aluísio Gomes por aceitarem compor minha banca de dissertação.

A Carla e Luan, da secretaria de pós graduação do ISC/ UFBA, pela boa vontade e celeridade em responder minhas perguntas e pelas orientações sobre as questões burocráticas do programa ao longo desses anos.

Aos colegas e amigos da Pós Graduação (mestrado e doutorado) do ISC/UFBA, em especial a Valentina, Lizeth, Jesus, Fernanda e Jéssica, pelos trabalhos e disciplinas realizados em conjunto e, principalmente, pelo apoio, conversas e reflexões compartilhados nos corredores do ISC sobre a vida acadêmica e pessoal. Não poderia deixar de citar, o colega Rafael Laranjeiras pela valiosa contribuição no processo de atualização monetária dos dados financeiros do trabalho.

Aos colegas da Assessoria de Planejamento Estratégico e Gestão do SUS (SMS Natal), local que tive a oportunidade em atuar diretamente com o financiamento do SUS, em especial a Ana Cláudia e Maria das Graças, pelas leituras, questionamentos e discussões sempre tão produtivas que contribuíram para o aprimoramento dos meus conhecimentos sobre a temática.

A todos os meus amigos, pelo carinho, motivação nos momentos difíceis, e compreensão dos meus momentos de isolamento necessários para a produção deste trabalho.

A minha família, que sempre esteve ao meu lado, me apoiando e torcendo por mim, independente da distância. Primeiramente aos meus pais e minha irmã Alícia, pelo amor profundo, incentivo em todos os momentos da vida, e por sempre acreditarem em mim. As minhas avós, Francisca e Julita, vocês são inspiração, equilíbrio e porto seguro nos momentos de adversidade. A minha tia e dinda Cláudia, pessoa que tanto admiro, pelo carinho, preocupação, acolhimento e diálogos nos momentos desafiadores dessa caminhada. Trilhar este caminho só foi possível com o apoio, energia e força de vocês.

Por fim, a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, o meu muito obrigada!

SANTANA, Amana de Jesus. **Financiamento da Atenção Básica dos municípios da Bahia: Análise das transferências federais de 2008 a 2017**. 90 fl. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

RESUMO

Este estudo, por meio de pesquisa exploratória - descritiva de série temporal, busca analisar as transferências de recursos federais para o Bloco de Atenção Básica (BLAB) dos municípios da Bahia, segundo porte populacional, caracterizando os componentes fixo e variável do Piso de Atenção Básica (PAB) durante o período de vigência dos blocos de financiamento do SUS (2008 a 2017). Para tanto, foram utilizados os dados de repasses financeiros para municípios da Bahia disponíveis no site do Fundo Nacional de Saúde. Os dados foram estratificados em quatro grupos de municípios segundo porte populacional, tendo como base a população do Censo de 2010. Foram calculadas frequências absolutas (n) e relativas (%) do volume financeiro e do valor per capita, bem como realizado cálculo de medida de tendência central. Para fins de comparação anual dos dados financeiros, realizou-se a atualização monetária, para o último ano de estudo, pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Os resultados obtidos revelaram um aumento de 14,3% do financiamento federal da atenção básica, em valores reais, para os municípios do estado da Bahia, com destaque para os de pequeno porte populacional, que registraram uma variação per capita do PAB de R\$ 124,32 hab./ano em 2008 para R\$143,36 hab./ano em 2017. Destaca-se que mais de 60% dos municípios de grande porte receberam transferências do PAB fixo per capita abaixo dos valores mínimos estabelecidos pela normativa. Para o PAB fixo dos municípios de pequeno porte, revelou-se a importância das emendas parlamentares (incremento temporário do PAB) para o financiamento da atenção básica dos municípios baianos nos anos de 2015 a 2017. Os achados reforçaram a importância da participação do PAB variável no Bloco de Atenção Básica, principalmente para os municípios de pequeno e médio porte. Os programas ministeriais com maiores participações no PAB variável foram Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e Núcleos de Apoio à Saúde da Família para todos os grupos populacionais analisados. Isto posto, a pesquisa revelou de forma geral, um cenário do financiamento federal da atenção básica para os municípios da Bahia que aponta para uma perspectiva relativamente equitativa, dada a distribuição dos recursos federais segundo porte populacional, sendo recomendadas maiores investigações da temática no âmbito local das diferentes regiões brasileiras para a melhor compreensão de padrões de alocação dos recursos federais analisados, bem como identificar se a distribuição de recursos federais tem contribuído para a redução das desigualdades de saúde no território brasileiro. Ademais, diante da mudança ocorrida no financiamento federal da política de atenção básica, recomenda-se o desenvolvimento de estudos acerca dos possíveis efeitos do Previnir Brasil sobre a distribuição dos recursos federais deste nível de atenção no Brasil.

Palavras-chave: Financiamento da Saúde. Atenção Básica à Saúde. Alocação de recursos para Atenção à Saúde.

SANTANA, Amana de Jesus. **Financing of Primary Care in the municipalities of the state of Bahia: Analysis of federal transfers from 2008 to 2017.** 90 s. Dissertation (Master in Comunitary Helth) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

ABSTRACT

By means of an exploratory descriptive time series approach, this study aims to analyze the transfer of resources from the federal government to the Primary Health Care (PHC) accounts of the municipalities of the state of Bahia. Specifically, it will characterize the fixed and variable components of the Basic Attention Floor (PAB), according to population size, during the period of implementation of the SUS financing blocks (2008 to 2017). The study used data available on the National Health Fund website, stratified into four groups of municipalities according to population size, based on the population of the 2010 Census. Absolute (n) and relative (%) frequencies of financial volume and per capita value were calculated, as well as a central tendency measure. For the purpose of comparing the financial data across the years of interest, monetary restatement for the last year of the study was carried out using the Broad Consumer Price Index (IPCA). The results revealed a 14.3% increase in federal funding for primary care, in real values, for municipalities in the state of Bahia, especially for small ones, which recorded a per capita variation in the PAB of R\$ 124.32 inhab/year in 2008 to R\$143.36 inhab/year in 2017. It is worth to mention that more than 60% of large municipalities received fixed PAB transfers per capita below the minimum values established by the legislation. It is also noteworthy that, for the fixed PAB of small municipalities, parliamentary amendments (temporary increases in the PAB) were found to be fundamental for the financing of primary care in Bahian municipalities between 2015 and 2017. The findings reinforced the significance of the variable PAB within municipal PHC accounts, especially for small and medium-sized municipalities. The predominant vertical ministerial programs within the variable PAB were the Family Health Program (PSF), the Community Health Agents (ACS) Programme, the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB), and the Family Health Support Units (NASF), across all the analyzed population groups. Thus, the research revealed an overall scenario of federal funding of primary care for the municipalities of Bahia with a relatively equitable perspective, given the distribution of federal resources according to population size. Further investigations are recommended to be carried out at the municipal level, as well as across the geographic regions of Brazil, to better understand the patterns of allocation of federal resources, as well as to identify whether the distribution of federal resources has contributed to the reduction of health inequalities across the Brazilian territory. Furthermore, given the change in policies related to the federal funding of primary health care, it is recommended that studies be carried out on the possible effects of the Previner Brazil Programme on the distribution of federal resources for this level of care in Brazil.

Key words: Healthcare Financing. Primary Health Care. Health Care Rationing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxo de financiamento do SUS Fundo a Fundo.....	21
Quadro 1	Evolução do valor mínimo do PAB Fixo estabelecido em legislação, valor nominal, 1996 a 2017.....	33
Figura 2	Linha do tempo de criação de incentivos/programas ministeriais para atenção básica, subcomponentes do PAB variável, 1996 a 2017.....	34
Figura 3	Mapa da Bahia, segundo microrregiões de Saúde.....	37
Gráfico 1	Série histórica de Cobertura de Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família, Bahia, 2008 a 2017.....	39
Quadro 2	Variáveis analisadas segundo grupamento.....	41
Gráfico 2	Evolução das transferências federais (em valores reais) destinadas ao PAB dos municípios da Bahia, segundo componente fixo e variável, 2008 a 2017.....	45
Gráfico 3	Evolução da participação percentual (%) das transferências federais (em valores reais) destinadas ao PAB Fixo e Variável dos municípios da Bahia, 2008 a 2017.....	46
Gráfico 4	Evolução dos valores per capita de recursos federais (em valores reais) transferidos para o PAB dos municípios baianos, segundo componentes fixo e variável, 2008 a 2017.....	47
Gráfico 5	Evolução recursos federais per capita (em valores reais) destinados ao PAB total dos municípios da Bahia, segundo estratos populacionais, 2008 a 2017.....	48
Figura 4	Participação proporcional (%) dos recursos federais para os componentes fixo e variável do PAB dos municípios da Bahia, segundo estratos populacionais, 2008 e 2017.....	49
Figura 5	Evolução das transferências federais per capita (R\$/ hab. ano) (média, valores mínimo e máximo) destinados ao PAB fixo dos municípios da Bahia, segundo estrato populacional, 2008 a 2017.....	51
Gráfico 6	Evolução do repasse federal per capita do PAB Variável dos municípios da Bahia, segundo porte populacional, 2008 a 2017.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos municípios baianos (número absoluto e percentual), segundo porte populacional, 2010.....	36
Tabela 2	Atualização monetária da faixa de valores mínimo do PAB fixo definidos em portarias ministeriais, 2008 a 2017.....	43
Tabela 3	Volume total e variação (%) das transferências federais (em valores reais) destinados ao PAB dos municípios da Bahia, segundo componente fixo e variável, 2008 e 2017.....	46
Tabela 4	Percentual (%) de municípios baianos, segundo estrato populacional, com repasse federal inferior ao valor per capita mínimo do PAB Fixo estabelecido em portarias ministeriais, 2008 a 2017.....	50
Tabela 5	Evolução do número de municípios que receberam o Incremento Temporário do PAB e percentual do ITPAB (emendas parlamentares) em relação ao total do PAB fixo dos municípios da Bahia, segundo estrato populacional, 2015 a 2017.....	52
Tabela 6	Percentual de recursos federais transferidos para os cinco principais programas federais destinados ao PAB Variável dos municípios da Bahia, segundo estrato populacional, 2008 a 2017.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
BLAB	Bloco de Atenção Básica
CER	Compensação de Especificidades Regionais
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CNR	Consultório na Rua
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSLL	Contribuição sobre o Lucro Líquido
DRU	Desvinculação da Receita da União
eACS	Equipes de Agentes Comunitários de Saúde
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipes de Saúde da Família
EC 29	Emenda Constitucional n° 29
EC 86	Emenda Constitucional n° 86
EC 95	Emenda Constitucional n° 95
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FMS	Fundos Municipais de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
MAC	Média e Alta Complexidade
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NRS	Núcleos Regionais de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PAB-A	Piso de Atenção Básica Ampliado

PAB fixo	Piso de Atenção Básica fixo
PAB Variável	Piso de Atenção Básica variável
PEAB	Política Estadual de Atenção Básica
PIUBS	Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
REQUALIFICA	Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde
UBS	
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
UOM	Unidade Odontológica Móvel

SUMÁRIO

1 .	INTRODUÇÃO	15
2 .	PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO	20
3 .	OBJTIVOS	20
	3.1. OBJETIVO GERAL	20
	3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4 .	O FINANCIAMENTO FEDERAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	21
5 .	O FINANCIAMENTO FEDERAL DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL	28
6 .	ABORDAGEM METODOLÓGICA	36
	6.1. TIPO DE ESTUDO	36
	6.2. CENARIO DO ESTUDO	36
	6.3. COLETA DOS DADOS	39
	6.4. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	42
	6.5. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	44
7 .	RESULTADOS	45
8 .	DISCUSSÃO	56
9 .	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
	REFERÊNCIAS	69
	APÊNDICE A	77
	APÊNDICE B	81

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) constituído como um sistema universal opera sob responsabilidade dos três entes federados, que compartilham seu financiamento resguardando as devidas competências legais. O final da década de 1990 e início dos anos 2000, foram marcados pelo processo de municipalização da Atenção Básica (AB), viabilizada pela priorização do financiamento deste nível de atenção, através de crescentes investimentos de recursos do Ministério da Saúde, sob a perspectiva de implantar um novo modelo assistencial no país (DAIN, 2007; MENDES; MARQUES, 2014).

Para Starfield (2002, p. 21), “nenhuma sociedade possui recursos ilimitados para fornecer serviços de saúde”. A autora considera que a atenção primária à saúde (APS)¹ é o nível de atenção de um sistema de serviços de saúde que atua nos problemas mais comuns de uma comunidade, ofertando serviços de prevenção, cura e reabilitação. Assim, a APS organiza e racionaliza a utilização de todos os recursos da saúde, sendo eles para serviços básicos ou especializados voltados para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e do bem-estar (STARFIELD, 2002).

Nesse contexto, a partir do reconhecimento do potencial estratégico da APS na organização dos sistemas de saúde, capaz de abranger ampla cobertura populacional e resolutividade, autoridades sanitárias do Brasil, especialmente o Ministério da Saúde, ampliaram de forma progressiva a destinação de recursos para este nível de atenção (DAIN, 2007; MENDES; MARQUES, 2014).

No processo de priorização do financiamento federal da AB, a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), através da Norma Operacional Básica 01/96 (NOB 01/96), representou um marco inovador para o financiamento federal da saúde, ao proporcionar maior autonomia aos municípios para alocação dos recursos federais destinados a atenção básica. Além de ter possibilitado o aumento de recursos federais para AB (FERREIRA et al., 2015), o PAB também contribuiu para a redução das desigualdades regionais no financiamento da AB, ao considerar que modelo alocativo anterior baseava-se em uma distribuição de recursos determinada pela capacidade instalada das esferas locais (condicionada à produção de serviços), o que refletia em uma maior concentração de recursos nas regiões e municípios com melhores condições socioeconômicas e sanitárias (UGA; PORTO, 2012).

¹ Atenção Básica é apresentada na literatura internacional pela terminologia Atenção Primária à Saúde (APS) (CONASS, 2003).

Logo, as transferências intergovernamentais são consideradas importantes e elementares para financiamento da atenção básica dos municípios. Nas diferentes regiões do país, as transferências provenientes dos estados e União correspondem às principais fontes de receitas correntes municipais vinculadas à saúde (DAIN, 2007; LIMA; ANDRADE, 2009; CABREIRA et al, 2018).

Os municípios brasileiros são caracterizados pela sua heterogeneidade, sendo distintos em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e perfil epidemiológico (SANTOS; LUIZ, 2016). As dimensões populacionais, dessa esfera governamental, imprimem diferentes níveis de operacionalização e exigências sobre a política local de atenção básica. Ressalta-se que cerca de 70,8% dos municípios brasileiros possuem uma população de até 20.000 habitantes, enquanto que aproximadamente 2,4% apresentam uma população com mais de 200.000 habitantes. Estes últimos caracterizam-se pela concentração da rede de serviços especializados de saúde, e portanto, apresentam-se como os maiores receptores de transferências intergovernamentais do SUS (ARAÚJO et al., 2017).

No âmbito federal, dentre as responsabilidades para o desenvolvimento da política de atenção básica no território brasileiro, está a garantia de repasse de recursos financeiros aos municípios para compor o financiamento da atenção básica local (BAHIA, 2016). As políticas de financiamento exercem grande impacto e influência sobre as estruturas dos serviços de saúde, especialmente na condução, execução e manutenção das políticas de atenção básica nos municípios brasileiros (TELES et al., 2016). Os repasses federais desde o processo de implementação do SUS, têm servido como indutores de políticas de saúde (SANTOS; LUIZ, 2016). Na perspectiva da atenção básica, desde a criação do Programa Saúde da Família (PSF), o financiamento deste nível de atenção tem sido orientado por incentivos financeiros através da adesão a programas ministeriais (DAIN, 2007; MENDES; MARQUES, 2014; UGÁ; MARQUES, 2015; CABREIRA et al, 2018), os quais geram receitas financeiras adicionais aos municípios e também aumentam o poder de indução desta política de saúde pelo Ministério da Saúde (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

A produção normativa federal relativa à atenção básica expressou a valorização desta política. No período de 2003 a 2008, foram implementadas 146 portarias federais relativas ao financiamento deste nível de atenção. Destas, cerca de 80% referiam-se à regulamentação de transferências de recursos financeiros da União para os municípios, 15,6% ao reajuste de incentivos e apenas 3,4% relativas a criação de novos incentivos/programas (CASTRO; MACHADO, 2010).

A regulamentação das transferências federais, periódicas e automáticas, no formato de blocos de financiamento, através da Portaria GM/MS nº 204/2007, marca uma mudança significativa na estrutura do financiamento federal do SUS. Tais blocos foram instituídos com a promessa de superar a excessiva fragmentação de programas, ações e serviços de saúde, em razão do seu financiamento que dificultava a atuação dos gestores locais (TELES et al., 2016; VASCONCELLOS, 2013). Desta forma, foram criados inicialmente cinco blocos de custeio, a saber: a) Bloco da Atenção Básica; b) Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; c) Bloco da Vigilância em Saúde; d) Bloco da Assistência Farmacêutica; e e) Bloco de Gestão do SUS. O último bloco criado foi o de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde², diferentemente dos demais, os recursos destinados a este bloco eram recebidos mediante convênios, e só ocorriam mediante aprovação de projeto específico pelo Ministério da Saúde (SIMÃO; ORELLANO, 2015).

O Bloco da Atenção Básica, com seus componentes PAB Fixo e Variável, no período de 2007 a 2015, foi o único que apresentou aumento de participação no total de recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios, partindo de 21,8% para 24,2% do total (SANTOS; LUIZ, 2016).

Entre os anos de 2008 e 2016, o aumento da participação da Atenção Básica no orçamento federal do SUS correspondeu a 27%, partindo em valores reais, de aproximadamente 14 bilhões para 17,8 bilhões, respectivamente. Neste mesmo período, as transferências federais para os municípios da região Nordeste destacaram-se por registrar aumento da proporção do repasse federal para atenção básica, bem como o maior volume de repasses federais, também, em termos de valor per capita (SANTANA; VILASBÔAS, 2018).

Avanços ocorreram no que diz respeito ao financiamento da atenção básica no Brasil. Entretanto persistem os desafios do subfinanciamento, marcado pelo aporte insuficiente de recursos para atender às necessidades de saúde da população, bem como a reconfiguração do modelo regulatório federal³ (CASTRO; MACHADO, 2010). Somado a esse cenário, destacam-se as medidas de austeridade intensificadas a partir do ano de 2016, que têm provocado o desfinanciamento das políticas sociais, entre elas a saúde.

² A Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009 acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, ao adicionar o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento.

³ A função de regulação na saúde é exercida pela união a partir do conjunto de estratégias adotadas para modulação do sistema de saúde de acordo com determinadas regras ou parâmetros nacionais. Desde os anos 90, o Ministério da Saúde adotou como forma hegemônica a indução de políticas e programas federais por meio de portarias atreladas a mecanismos de financiamento (CASTRO; MACHADO, 2010).

Frente a este cenário, os blocos de financiamento do SUS, dentre eles o bloco de atenção básica, foram extintos em 2017, através da Portaria nº 3.999 de 2017. Tal normativa, redefine a modalidade das transferências de recursos federais em dois grandes blocos que têm como base a natureza das despesas, a saber, o Bloco de custeio das ações e serviços públicos de saúde e o Bloco de investimento na rede de serviços públicos de saúde (BRASIL, 2017). Salienta-se, também, o estabelecimento do novo modelo de financiamento federal da atenção básica, intitulado Programa Previne Brasil⁴, através da Portaria GM/MS 2.979/ 2019, o qual redefine os critérios da distribuição dos recursos federais destinados a atenção básica dos municípios (BRASIL, 2019).

A literatura aponta que as políticas ministeriais relativas à atenção básica muitas vezes não contemplam a grande heterogeneidade dos municípios brasileiros, sendo inflexíveis para adequação às condições e necessidades locais. Além disso, muitos municípios brasileiros não se enquadram nos critérios ministeriais para aderir e implantar os programas financiados pelo PAB Variável, reduzindo significativamente a capacidade de operacionalização da política de atenção básica no nível local (MARQUES; MENDES, 2003; ALMEIDA; CUNHA; SOUZA, 2011; VASCONCELLOS, 2013).

Em vista disso, reconhece-se a relevância dos recursos federais para os municípios, sinalizando sua dependência frente as políticas ministeriais a partir dos condicionantes de utilização destes recursos (LIMA; ANDRADE, 2009).

Frente a um contexto de mudanças recentes ocorridas na política de financiamento federal da atenção básica (Programa Previne Brasil), torna-se relevante o desenvolvimento de estudos sobre a análise e monitoramento do financiamento federal deste nível de atenção no período de vigência que antecede tal mudança no financiamento do SUS. Também, cabe salientar que, embora o número de artigos sobre a temática do financiamento federal da atenção básica tenha passado por um crescimento, recentemente, na literatura nacional, são escassas as produções com enfoque na análise dos componentes dos blocos de financiamento, em especial o bloco de atenção básica, o qual foi extinto em 2017, necessitando de maior conhecimento. Também, identifica-se a inexistência de estudos sobre a distribuição de recursos federais para os

4 A Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 institui o Programa Previne Brasil, que estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

municípios da Bahia segundo porte populacional.

Assim, a partir desta lacuna na literatura, autores apontam a necessidade de se desenvolver estudos que discutam o financiamento do SUS na perspectiva dos blocos de financiamento (KOERICH et al., 2016). Também, mencionam que o conhecimento sobre a distribuições de recursos financeiros intergovernamentais pode contribuir para a delimitação de proposta sobre critérios alocativos mais equânimes para a saúde (UGÁ et al, 2003). Tais considerações corroboram a relevância do presente estudo que busca **analisar as transferências de recursos federais do Bloco de Atenção Básica (BLAB) para os municípios baianos, segundo porte populacional, caracterizando os componentes fixo e variável do Piso de Atenção Básica (PAB) durante o período de vigência dos blocos de financiamento do SUS.**

2. PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

Considerando o objeto escolhido para estudo, apresentam-se as seguintes perguntas de investigação: i) Como são distribuídos os recursos federais transferidos para os municípios do estado da Bahia segundo os componentes fixo e variável do Piso de Atenção Básica?; ii) Há diferenças na distribuição desses recursos segundo porte populacional ?.

3. OBJETIVOS

3.1.OBJETIVO GERAL

Analisar as transferências federais do Bloco de Atenção Básica à saúde para os municípios baianos segundo estrato populacional no período de 2008 e 2017.

3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Descrever a evolução e caracterização das transferências federais do Bloco de Atenção Básica à saúde para os municípios baianos segundo estrato populacional no período de 2008 e 2017.

2.2.2. Analisar a composição do Piso de Atenção Básica fixo e variável dos municípios baianos entre 2008 e 2017, segundo estrato populacional.

4. FINANCIAMENTO FEDERAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Segundo definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), sistemas de saúde abrangem o conjunto de organizações, instituições e recursos cujo propósito principal é a promoção e recuperação da saúde (WHO, 2000). Para Ugá e Porto (2012), o financiamento de serviços de saúde refere-se às fontes de recursos financeiros por meio das quais são efetuados os gastos em saúde. Nesse contexto, o financiamento é considerado um componente essencial, uma vez que a sua estrutura condiciona e determina em que medida o sistema de saúde responde aos problemas de saúde e necessidades da população (SOUZA; BAHIA, 2014; CARRILLO ROA, 2016).

Consideram-se *recursos financeiros* os valores monetários que viabilizam a aquisição de recursos materiais, organizacionais e humanos para a efetivação de ações e serviços em saúde (FERREIRA et al., 2016). Já a *alocação de recursos* refere-se ao processo de distribuição destes recursos para fins da operacionalização de programas ou atividades de saúde, ou seja, quando se define a finalidade de sua utilização (FERREIRA; TELES; COELHO, 2016). Desta forma, pode-se dizer que os elementos de um sistema de saúde dependem estruturalmente do aporte dos recursos financeiros à saúde (funding), bem como da gestão sobre estes recursos (financing) (UGÁ; PORTO, 2012). Reconhece-se, então, que o recurso financeiro é um dos aspectos basilares para a promoção da equidade em saúde (LOBATO, 2016).

A Constituição Federal de 1988, ao criar a Seguridade Social como um conjunto integrado de ações destinadas a garantia de direitos sociais, como saúde, previdência e assistência social (Art.194), definiu um sistema de financiamento mediante recursos advindos dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e de contribuições sociais (PIOLA; BARROS, 2016).

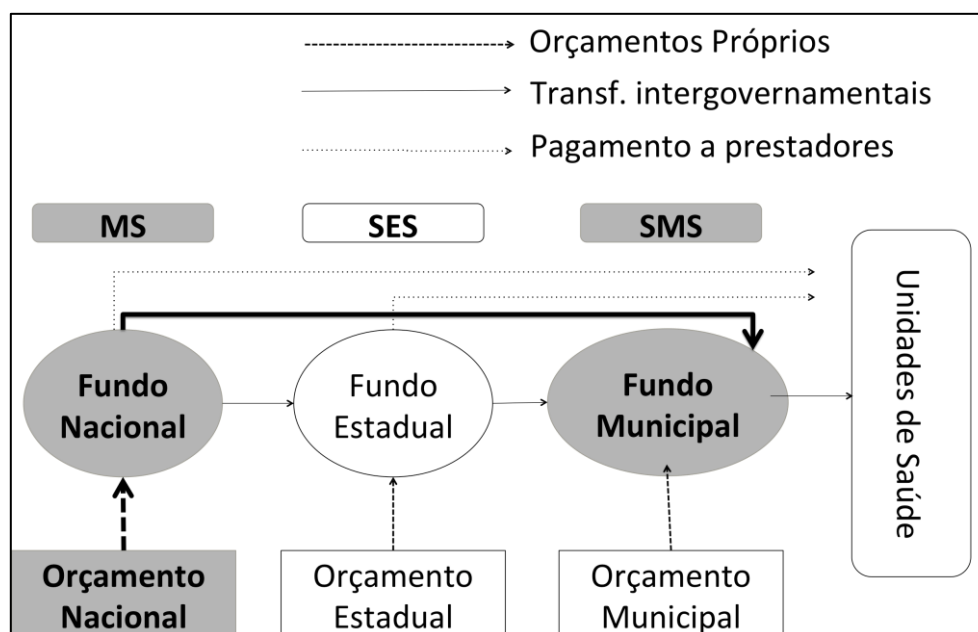
O SUS é financiado pelo Orçamento da Seguridade Social (OSS), inicialmente prevista a vinculação de 30%, cujas principais fontes são impostos pagos pelas empresas à esfera federal, a saber, Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) e Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) (SOUZA; BAHIA, 2014). Entre 1997 a 2007, foi agregada a essas contribuições um novo tributo denominado Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) (MENDES; FUNCIA, 2016). Todavia, o percentual do OSS vinculado à saúde não foi cumprido devido às restrições ao financiamento de políticas públicas à época da crise econômica, tampouco a destinação dos recursos do CPMF ficou restrita à saúde, conforme estabelecido na sua criação.

Ao longo dos anos de implementação do SUS, a esfera federal, editou inúmeras legislações infraconstitucionais com a finalidade de conduzir políticas de saúde a partir do financiamento para municípios e estados (VASCONCELLOS, 2013).

Para a manutenção da sistema público de saúde no Brasil, o financiamento é determinado como responsabilidade dos três entes federados, União, estados, municípios e Distrito Federal. Com a aprovação da Emenda Constitucional 29 (EC/29), em 2000, marca-se um avanço no financiamento do SUS, a qual estabelecia a participação mínima de cada ente federado a ser aplicada no setor saúde⁵. A EC 29 possibilitou mais recursos a serem aplicados em ações e serviços de saúde, e promoveu o aumento da participação, principalmente, de estados e municípios no financiamento do SUS (PIOLA et al., 2013). No entanto, cabe ressaltar que a sua regulamentação só ocorreu em 2012, pela promulgação da Lei Complementar n° 141 (BRASIL, 2012).

O formato de transferências de recursos do Ministério da Saúde para ações e serviços de saúde dos municípios pode ter duas naturezas, por repartição de receitas da União, via Fundo de Participação dos Municípios (FPM), e por repasses automáticos conhecidos como fundo a fundo. A primeira consiste em transferências financeiras que possibilitam maior autonomia aos municípios, uma vez que este tem o poder de definir a forma de aplicação desses recursos, respeitando os limites da legislação. Já a segunda, refere-se ao repasse por descentralização de recursos diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS), vinculados à execução de programas e políticas de âmbito nacional. Geralmente, as transferências deste tipo são realizadas por ordem bancária, para as contas específicas dos municípios (LINS; MENEZES; CIRÍACO, 2021). A Figura 1. apresenta o fluxo de financiamento do SUS por natureza Fundo a Fundo.

⁵ No caso da União, os recursos a serem aplicados, em 2000, referiam-se ao montante empenhado no exercício do ano anterior acrescido de, no mínimo, 5%. A partir daí, o valor mínimo seria apurado no ano anterior e corrigido pela variação nominal do PIB. Os estados e o Distrito Federal deveriam aplicar, no mínimo, 12% da receita vinculada, e os municípios deveriam aplicar, no mínimo, 15% (BRASIL, 2012).

Figura 1 – Fluxo de financiamento do SUS Fundo a Fundo

Fonte: Adaptada de Coelho e Scatena, 2014, p 273. Destaque próprios (transferências financeiras consideradas no estudo)

Desde o início do processo de descentralização, apesar do aumento no volume de recursos federais destinado à saúde, houve um decréscimo na participação relativa do nível federal no financiamento do SUS, saindo de aproximadamente 60% em 2000 para cerca de 44% em 2010. Tal decréscimo, reflete também o aumento da participação relativa de estados e municípios, que no mesmo período passou de 18,5% para 25,7%, e de 21,7% para 29,6%, respectivamente. Porém, mesmo com o aumento da participação destes entes federados, o nível federal continua sendo a maior esfera provedora de recursos para o SUS (PIOLA et al., 2013).

Crítérios de distribuição dos recursos federais para os estados e municípios foram tratados desde a Lei 8.080/1990, especificamente em seu artigo 35, o qual vincula tal distribuição a uma combinação de critérios populacionais, socioeconômicos e sanitários, a saber:

[...] I - perfil demográfico da região; II - perfil epidemiológico da população a ser coberta; III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo[...]
(BRASIL, 1990a)

No entanto, na ausência da regulamentação deste artigo, a alocação dos recursos federais do SUS foi instituída através de instrumentos de menor hierarquia legal - normas operacionais

e portarias - ao longo dos anos (SANTOS; LUIZ, 2016).

Além da Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.142/90 também define momentos importantes para o financiamento da saúde no Brasil, no que concerne à definição das transferências de forma regular e automática dos recursos federais da saúde para as demais esferas com os critérios previstos na Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990b).

Marcando um cenário de prioridade das medidas de ajuste fiscal, em 1994, foi criado o Fundo Nacional de Emergência, conhecida como Desvinculação da Receita da União (DRU), a qual previa a desvinculação de 20% dos recursos da Seguridade Social, acentuando o cenário de instabilidade no financiamento do SUS (TELES; COELHO, 2016). Segundo Mendes e Fúncia (2016), esta apropriação do fundo público durante o período de 2010 a 2013, significou uma extração de aproximadamente 77% do saldo superavitário da OSS.

Neste mesmo ano, o Decreto n° 1.232 de 30 de agosto de 1994 estabelece, de forma detalhada, as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais e municipais (BRASIL, 1994) .

A Portaria n° 399/2006 que constituiu o Pacto pela Saúde, foi resultado de uma longa negociação entre o Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), que estabelecia uma proposta de mudança do modelo de gestão e mecanismos de financiamento do SUS (VASCONCELLOS, 2013). O objetivo do Pacto era promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando maior eficiência e qualidade na resposta do SUS.

O Pacto pela Saúde instituiu o financiamento de custeio com recursos federais constituídos, organizados e transferidos em blocos de financiamento. Tal instrumento legal estabeleceu que a utilização dos recursos financeiros para o custeio das ações e serviços de saúde deveria ser restrita a cada bloco (BRASIL, 2006, anexo II). Com isso, o Ministério da Saúde buscou criar mecanismos para melhorar a organização e fiscalização das transferências de recursos federais para os as demais esferas federativas.

Apesar do avanço instituído pelo Pacto pela Saúde, simplificando as milhares de contas bancárias específicas, existentes desde 1990, para depósitos dos recursos financeiros à saúde (LINS; MENEZES; CIRÍACO, 2021), a lógica de distribuição destes recursos permaneceu seguindo o mesmo padrão anterior, mediante repasse financeiro a partir da adesão dos municípios aos programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde e pactuados na Comissão Intergestoras Tripartite (VASCONCELLOS, 2013).

O Pacto pela Saúde, através de seu componente *Pacto de Gestão* reforçou os princípios do financiamento do SUS, a saber, responsabilidade dos três níveis de governo pelo financiamento do SUS; diminuição das iniquidades estaduais, macrorregionais e regionais, a serem contempladas na metodologia de alocação de recursos, incluindo também dimensões étnico-racial e social; transferências de recursos fundo a fundo definidas como modalidade preferencial; e financiamento de custeio com recursos federais organizados e transferidos por blocos de financiamento (TELES; COELHO, 2016).

Os blocos de financiamento foram regulamentados pela portaria GM/MS n° 204/2007 e, posteriormente atualizados pela Portaria GM/MS n° 837/2009, totalizando em seis blocos: atenção básica; atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; gestão do SUS; e investimento na rede de serviços de saúde.

No que concerne à distribuição de recursos financeiros, a Lei n° 141/2012 estabeleceu que sua distribuição deve observar as necessidades de saúde da população e as dimensões demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, bem como os disposto no art. 35 da lei orgânica da saúde. Desta forma, a distribuição do recursos federais deveria reduzir as desigualdades em saúde, considerando a heterogeneidade da oferta e do acesso de serviços no país. Assim, para o financiamento federal do SUS, devem ser considerados aspectos como a distribuição de serviços de saúde no território brasileiro, bem como a capacidade de autofinanciamento de estados e municípios (FIOCRUZ, 2012).

Nesta perspectiva, diversos países têm buscado elaborar metodologias de alocação equitativa para o setor saúde, e no geral, estas apresentam diferentes direcionamentos no financiamento, segundo necessidades de saúde, para as naturezas de custeio e investimento. Os recursos de custeio são destinados para a satisfação de forma oportuna das necessidades de saúde, e têm dependência direta com capacidade dos serviços de saúde. Para a alocação destes recursos, as abordagens metodológicas adotadas atribuem, no geral, como referência a base populacional das áreas geográficas, para a qual a fórmula de alocação mais simples é a distribuição per capita. Entretanto, esta abordagem não contempla em seu critério as diferenças sociais e demográficas das estruturas populacionais. E por isso, para uma distribuição mais equitativa, é necessária a incorporação às fórmulas de alocação, de medidas de necessidades de saúde que permitam dimensionar as iniquidade em saúde das populações de diferentes áreas geográficas. No que se refere aos recursos de investimento, estes devem ser alocados para reduzir as desigualdades na capacidade instalada dos serviços ao promover, a longo prazo, a

ampliação dos serviços e do acesso a estes. Neste sentido, devem ser direcionados às localidades de menor capacidade instalada dos serviços nas regiões, conforme necessidade social e de saúde das populações (PORTO et al., 2007; LOBATO, 2016;).

Segundo Mendes, Leite e Marques (2011b) a alocação de recursos financeiros deve favorecer os municípios com condições sanitárias e socioeconômicas mais precárias, sendo estas reconhecidas como critérios de maior peso para a alocação financeira em detrimento do porte populacional. Assim, o financiamento federal da saúde, para tornar-se mais equânime, deveria corrigir as desigualdades entre as distintas capacidades de manutenção de financiamento dos estados e municípios brasileiros (MENDES; LEITE; MARQUES, 2011).

No entanto, as ações na área de financiamento da saúde para a incorporação de mecanismos de distribuição equitativa de recursos foram tímidas no Brasil, dado que não há regulamentação para incorporação de critérios com variáveis determinantes das necessidades de saúde, relacionadas a aspectos demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos. (MENDES; LEITE; MARQUES, 2011; TELES; COELHO; FERREIRA, 2017a). Conseqüentemente, a distribuição de recursos que não contemple a equidade como ponto central, compromete a atenção a saúde, principalmente, das populações mais vulneráveis socialmente que podem ficar desassistidas (TELES; COELHO; FERREIRA, 2016).

Há de se considerar que o financiamento público da saúde é afetado diretamente pela conjuntura financeira, social e política de um país, especificamente por decisões políticas, macroeconômicas e pelos arranjos institucionais sobre o modelo de proteção social brasileiro (FIOCRUZ, 2012). No que tange às políticas de ajustes macroeconômicos, estas tem sido caracterizadas como uma contração significativa de gastos públicos das políticas sociais, com a finalidade de vincular parte substancial dos gastos públicos ao pagamento de despesas de juros, encargos e amortização de dívida interna e externa (UGÁ; PORTO, 2012).

Evidenciam-se caminhos recentes para o desfinanciamento da saúde. Em 2015 foi promulgada a Emenda Constitucional nº 86 (EC 86/2015), a qual definiu nova base de cálculo para o valor mínimo da Receita Corrente Líquida (RCL) do Orçamento da União através do escalonamento progressivo dos recursos destinados à saúde até 2020, a saber 13,2%, 13,7%, 14,1%, 14,5 e 15% . Segundo Teles e Coelho (2016), a aprovação da EC 86 significou a redução orçamentária e financeira para o SUS, ao criar um "orçamento impositivo", o qual beneficia as emendas parlamentares e gera constrangimentos ao Orçamento da Seguridade Social.

Também em 2015, a Emenda Constitucional nº 143/2015, estendeu a DRU por mais quatro anos, aumentando o percentual de desvinculação para 25% de tributos a fundos e

despesas específicas, como saúde e educação, para qualquer outra finalidade considerada prioritária pelos governos (TELES; COELHO, 2016).

No ano seguinte, houve a aprovação da Emenda Constitucional n°95 de 2016 (EC 95/2016), estabelecendo uma medida de austeridade que limitou a expansão dos gastos públicos, dentre eles a saúde, pelos próximos 20 anos. Tal medida estabelece como valor base, as despesas em saúde do ano 2017, atualizado monetariamente pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE). Além disso, a EC 95/2016 revogou o escalonamento anual da aplicação dos recursos financeiros do governo federal para a saúde que alcançaria em 2020, 15% da RCL, conforme estabelecido pela EC 86/2015. (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Tais caminhos impactam diretamente na consolidação do SUS, e conseqüentemente, da atenção básica no território brasileiro. Embora seja função da esfera municipal a execução direta das ações e serviços da atenção básica, a União tem um papel relevante na determinação da política deste nível de atenção, por ser um importante órgão formulador, financiador e indutor das políticas de saúde (CASTRO; MACHADO, 2010).

5. O FINANCIAMENTO FEDERAL DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

O Ministério da Saúde, a partir da década de 1990, regulamentou mecanismos a fim de viabilizar transferências financeiras regulares aos estados e municípios para impulsionar o processo da descentralização da política de saúde, em especial, para a conformação e expansão local da atenção básica no território brasileiro (PIOLA et al., 2013).

O processo de descentralização da gestão dos serviços de saúde foi viabilizado, de fato, pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) 01/93 e 01/96, instrumentos federais que apontavam para o fortalecimento do processo de descentralização do SUS (NOB 01/ 93) e reordenação do modelo de atenção (NOB 01/96), redefinindo diretrizes e estratégias para o processo de municipalização da gestão do SUS, com um destaque para o nível da atenção básica. A NOB 01/93 implementou a modalidade de repasse fundo a fundo, estabelecendo transferências federais feitas de forma regular e automática, conforme preconizado pela Lei Orgânica da Saúde (UGÁ; MARQUES, 2005). Desta forma, o fluxo de repasses federais passou a ser realizado diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde.

É importante salientar que antes de 1996, os recursos federais repassados aos estados e municípios destinados aos serviços de atenção básica, eram determinados pela a produção ambulatorial básica dos municípios, ou seja, baseados no faturamento de consultas e de procedimentos realizados (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Na lógica deste critério anterior a NOB 01/96, os municípios de pequeno porte populacional, normalmente sem uma infraestrutura adequada de unidades e de estabelecimentos de saúde, eram os mais prejudicados (MELAMED; COSTA, 2003).

Na perspectiva de mudança deste cenário, a NOB 01/96 criou o Piso de Atenção Básica (PAB), *montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal* (BRASIL, 1996). O PAB é considerado um marco inovador no modelo de financiamento federal da saúde, ao superar a lógica, até então vigente, de transferências por remuneração dos serviços da atenção básica condicionada à produção (procedimentos), adotando um caráter possivelmente redistributivo por meio do PAB Fixo (per capita) e do PAB-Variável (MELO et al, 2018; UGÁ; PORTO, 2012). Assim, foi extinta a modalidade de financiamento do tipo “pós pagamento” para uma modalidade de “pré pagamento”, possibilitando uma maior autonomia do gastos destes

recursos pelos gestores locais (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). A introdução do PAB causou uma ampliação das transferências de recursos federais para a AB dos municípios (FERREIRA et al., 2015). Ademais, a referida norma definiu duas modalidades de gestão para os estados e municípios, considerando as diferenças existentes de capacidade administrativa e técnicas locais para assumir os compromissos atribuídos. Para os municípios as modalidades para habilitação correspondiam à gestão plena da atenção básica e à gestão plena do sistema (BRASIL,1996).

Destaca-se que o modelo alocativo anterior à implementação das NOBs baseava-se na distribuição de recursos para os serviços da atenção básica determinada pela capacidade instalada das esferas locais, o que refletia em uma maior concentração de recursos nas regiões e municípios com melhores condições socioeconômicos e sanitárias (SOLLA et al 2007; UGA; PORTO, 2012).

O PAB só entrou em vigor efetivamente a partir de 1998, dois anos após sua criação, (GIOVANELLA, 2012), inicialmente, garantindo o valor mínimo para o PAB fixo de R\$10,00 por habitante/ano, inscrito na Portaria GM/MS N.º 84, de 6 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998a). A implantação desses valores per capita foi definida com base na média de produção dos procedimentos ditos “básicos” no ano de 1996. Tal método de cálculo ocasionou dois efeitos, para os municípios que não atingiam na série histórica de produção ambulatorial básica, um valor relativo a R\$10,00 por habitante/ano, o valor do PAB fixo provocou a ampliação do aporte de recursos para atenção básica; já para aqueles que produziam valores superiores a R\$10,00 reais por habitante/ano, fixou-se o PAB no valor per capita máximo estabelecido, correspondente a até R\$18,00 por habitante/ano (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; VASCONCELLOS, 2013).

Ainda em 1998, a Portaria nº 3.925, de 13 de novembro aprovou o “Manual para Organização da Atenção Básica”, elaborado a partir de uma parceria entre o Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS. O manual tinha como principal finalidade apontar um eixo orientador para a reorganização do modelo de atenção, pautado na NOB-SUS 01/96. Entre as novidades, a referida portaria estabelecia modalidades de incentivo financeiro para atenção básica, sob a forma do PAB variável, a saber, incentivos às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (eACS), incentivo às Equipes de Saúde da Família (eSF) e incentivo ao programa de combate às carências nutricionais. Tais incentivos eram vinculados a indicadores de acompanhamento da atenção básica nos municípios qualificados à recebê-los (BRASIL, 1998b). Cabe salientar que até o ano de 1996, o financiamento federal dos programas

ministeriais eram realizados via convênios entre o Ministério da Saúde e os estados e municípios, modelo este caracterizado como burocrático e que dificultava a adesão, principalmente, dos municípios, processo que ia na contramão da descentralização do SUS (AQUINO et al, 2014).

A Portaria nº 1.329 de 12 de novembro de 1999 estabeleceu um reajuste nos valores dos incentivos financeiros para o Programa Saúde da Família (PSF), a partir de uma nova modalidade de cálculo de acordo com a faixa de cobertura populacional do programa. Com isso, os municípios com maior cobertura populacional das eSFs seriam melhor remunerados (DAB, 2000).

Nos anos posteriores, o Ministério da Saúde corrigiu progressivamente o valor mínimo do PAB fixo. Em 2001, houve um pequeno aumento do valor do PAB fixo, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/ 01), modificada posteriormente pela NOAS 01/02. A NOAS cria o Piso de Atenção Básica Ampliado (PAB-A), cujo valor mínimo do PAB fixo, estabelecido na Portaria nº 2034 de 2001, passou a ser de R\$10,50 por habitante/ano, uma vez que o PAB ampliado foi fixado em R\$0,50 por habitante/ano sendo incorporado ao PAB fixo (entre R\$10,00 e R\$18,00⁶) dos municípios a partir da sua habilitação à norma. A NOAS 01/01 também propôs duas novas modalidades para a gestão de saúde para habilitação dos municípios, a Gestão Básica Ampliada ou Gestão Plena do Sistema Municipal (BRASIL, 2001a; 2001b; CONASS, 2003). Através da Portaria nº 398/GM de 04 de abril de 2003 tal valor aumentou para R\$ 12,00 habitante/ano em 2003, valor mínimo que vigorou pelos próximos três anos.

Na perspectiva de ampliar os incentivos de programas prioritários, em 2002, foi publicada a Portaria GM nº 1.350, de 24 de julho de 2002, que instituiu o Incentivo Financeiro Adicional vinculado ao PACS e PSF (BRASIL, 2002). No entanto, Vasconcellos (2013) pondera que a expansão de Saúde da Família não avançou nos municípios de grande porte, mesmo com estratégias de incentivos financeiros destinados à atenção básica.

A partir desse cenário, em 2003, ocorre a implantação Projeto de Apoio à Implantação e Consolidação do Programa de Saúde da Família (PROESF), o qual visava contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em municípios com

⁶ Variação acordada na Comissão Intergestoras Tripartite à época da implantação do PAB em virtude de alguns municípios já produzirem mais de R\$10,00 em procedimentos pagos pela tabela do SIA/SUS, nos grupos que passaram a compor o PAB. (CONASS, 2003)

população acima de 100 mil habitantes. Em termos de financiamento, O PROESF, com vigência compreendida entre os anos de 2002 a 2009, possuía um orçamento total no valor de 550 milhões de dólares (BRASIL, 2003). Castro e Machado (2010), ao analisar portarias federais relativas à atenção básica, expedidas no período de 2003 a 2010, observaram um quantitativo significativo de portarias referentes ao PROESF, considerada umas das estratégias prioritárias da atenção básica no período.

Na direção de um financiamento mais equitativo, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM nº 1.434 de 14 de julho de 2004, estabelecendo mudanças no âmbito da saúde da família, com a adoção, pela primeira vez, de indicadores sociais como critérios de transferências de recursos financeiros para atenção básica. Outro grande avanço, referiu-se à inclusão de populações de assentados, quilombolas e indígenas no financiamento federal deste nível de atenção. Na ocasião, foi estabelecido o aumento em 50% do valor dos incentivos à eSF e eAB para municípios com perfis sociais particulares, considerando o IDH das populações dos estados da Amazônia Legal, existência de populações de assentados, quilombolas e indígenas, dentre outras condições (BRASIL, 2004).

Com o advento da modalidade de blocos financeiros, através da publicação da portaria de nº 204, de 29 de janeiro de 2007, os recursos federais para Atenção Básica continuaram com a estrutura inicial de dois componentes: o Piso de Atenção Básica fixo (PAB fixo) e o Piso de Atenção Básica variável (PAB variável), os quais passaram a fazer parte do bloco financeiro da Atenção Básica (BRASIL, 2007). O componente fixo refere-se a transferências mensais com base per capita, em conformidade com valores estabelecidos em portarias ministeriais. Enquanto que o componente variável refere-se as transferências condicionadas à adesão e implementação de ações/serviços/estratégias/programas ministeriais relativa à política de AB (SESAB, 2017).

Ainda em 2006, ano marcado pela aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e após 10 anos desde a criação do PAB, ocorreu novo reajuste do valor do PAB fixo, com a publicação da Portaria nº 650/GM de 28 de março de 2006, garantindo o novo valor mínimo de R\$13,00 habitante/ano. No mesmo ano houve um novo aumento do valor mínimo do PAB fixo para R\$15,00 por habitante/ano, através da portaria nº 2.133/GM de 11 de setembro de 2006. Ficaram definidas para ambas as portarias a base populacional para cálculo relativa ao ano de 2005, e para os municípios cujos os valores do PAB fixo já eram superiores ao mínimo per capita proposto, a portaria estabeleceu que prevaleceria o maior valor definido (BRASIL, 2006a). Além disso, cabe salientar que a Portaria da PNAB, nº 648/2006, assim

como definido primeiramente pelas NOBs 01/93 e 01/96, ressalta a condição da alimentação permanente dos sistemas de informação como condição para repasse financeiro dos incentivos para atenção básica, assim, a não alimentação regular dos bancos de dados (SIAB, SIA, SIM, etc.) poderia resultar na suspensão dos repasses feito pelo Ministério da Saúde.

No período de 2008 a 2013, o Ministério da Saúde publicou anualmente portarias definindo o valor mínimo para cálculo do montante do PAB fixo para os municípios brasileiros (FERREIRA et al., 2015). Em 2008, a portaria a Portaria n° 3.067 elevou o valor mínimo da parte fixa do PAB em R\$ 17,00 por habitante/ano, adotando a estimativa da população do IBGE para o ano de 2008. No ano seguinte, esse valor mínimo sofre um tímido aumento para R\$ 18,00 por habitante/ano, através da Portaria n° 2007 de 1° de Setembro de 2009. Em 2010, pela Portaria n° 3.170 de 19 de Outubro, a base populacional para cálculo do PAB fixo foi atualizada para a estimativa do IBGE referente ao ano de 2009 com a continuidade do valor mínimo per capita de R\$18,00 hab./ano (BRASIL, 2010).

Em 2011, o governo federal publica a Portaria n° 1.602, de 9 de julho, estabelecendo quatro categorias de valores mínimos para o PAB fixo, contemplando uma variação entre R\$ 18,00 e R\$ 23,00 habitante/ano. Vislumbrando uma alocação mais equitativa, tal portaria avançou ao vincular a definição do valor alocado para atenção básica a um cálculo que incluía, além do porte populacional, uma pontuação baseada em critérios socioeconômicos, a saber, 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 (BRASIL, 2011).

Em 2012, com a Portaria n° 953 de 15 de maio de 2012, aumenta-se a variação dos valores mínimos do PAB fixo per capita para R\$20,00 a R\$25,00 habitante/ano, segundo a população estimada do IBGE de 2011. Posteriormente, no ano de 2013, através da Portaria n° 1.409, de 10 de julho de 2013, esta variação foi atualizada para os valores per capita entre R\$ 23 e R\$ 28 habitante/ano. Essa iniciativa indicou um reconhecimento em priorizar a alocação de um maior volume de recursos federais aos municípios desfavorecidos, ainda que modestamente, dada a pequena diferença entre os valores mínimos e máximos do PAB fixo, em torno de 21,7%. Destaca-se ainda que após a instituição da portaria 1.409/2013, com estimativa populacional do IBGE para 2012, a base populacional para o cálculo do PAB fixo para os anos consecutivos só foi atualizada cinco anos depois, através da Portaria MS/GM n° 3.947, de 28 de dezembro de

2017⁷, a qual continuava a estabelecer as mesmas faixas de valores mínimos da portaria anterior. A evolução do valor mínimo do PAB fixo ao longo dos anos é detalhada no quadro 1.

Quadro 1 - Evolução do valor mínimo do PAB Fixo estabelecido em legislação, em valor nominal, 1996 a 2017.

LEGISLAÇÃO	VIGÊNCIA LEGAL	FAIXAS VALOR MÍNIMO	BASE POPULACIONAL PARA CÁLCULO
Portaria GM/MS n.º 84, de 6 de fevereiro de 1998	1998-2000	R\$10,00 *	1997
Portaria n.º 2034/GM de 07 de novembro de 2001.	2001-2002	R\$10,50**	2000
Portaria n.º398/GM de 04 de abril de 2003	2003-2005	R\$12,00**	2002
Portaria MS n.º 650/GM, de 28 de março de 2006	2006	R\$13,00**	2005
Portaria n.º 2.133/GM de 11 de setembro de 2006	2006- 2007	R\$15,00**	2005
Portaria n.º 3.067 de 23 de dezembro de 2008	2008	R\$17,00**	2008
Portaria n.º 2007 de 1.º de Setembro de 2009	2009	R\$18,00**	2008
Portaria n.º 3.170 de 19 de Outubro de 2010	2010	R\$18,00**	2009
Portaria do MS/GM n.º 1602, de 9 de julho de 2011	2011	R\$18,00 a R\$23,00	2010
Portaria n.º953 de 15 de maio de 2012	2012	R\$20,00 a R\$25,00	2011
Portaria n.º 1.409, de 10 de julho de 2013	2013 - 2016	R\$23,00 a R\$28,00	2012
Portaria MS/GM n.º 3.947, de 28 de dezembro de 2017	2017	R\$23,00 a R\$28,00	2016

Fonte: Elaboração própria.

*Com base na série histórica de produção de cada município pela cesta de procedimentos considerados como de atenção básica.

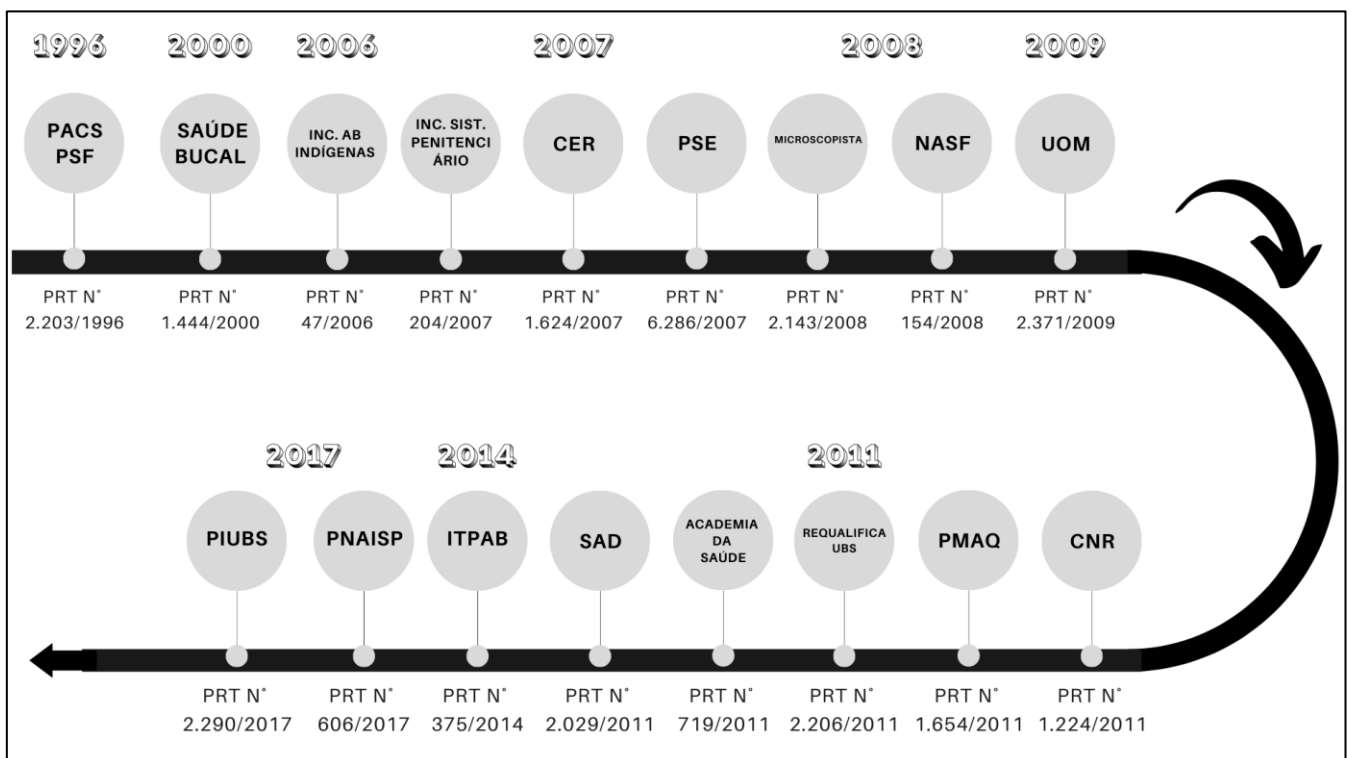
**Prevaleceu o maior valor per capita do PAB fixo nos municípios cujos valores referentes já eram superiores ao mínimo valor per capita proposto

No que tange ao PAB Variável, seguindo a lógica de alocação de recursos para atenção básica efetivada mediante adesão dos municípios a programas ministeriais prioritários

⁷ A Portaria MS/GM n.º 3.947, de 28 de Dezembro de 2017 atualiza a base populacional do PAB fixo a partir da estimativa para o ano de 2016, segundo a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE.

(VASCONCELLOS, 2013), desde 1996 até 2017 foram sendo criados incentivos financeiros para a política de atenção básica (Figura 2): Saúde da Família e ACS (BRASIL, 1996); Saúde Bucal (BRASIL, 2000); incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas (BRASIL, 2006); Compensação de Especificidades Regionais (CER) (BRASIL, 2007); incentivo para a atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei e incentivo para a atenção à saúde no sistema penitenciário (BRASIL, 2007a); Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2007b) incentivo financeiro referente à inclusão do microscopista (BRASIL, 2008); Unidade Odontológica Móvel (UOM) (Brasil 2009); Consultório na Rua (CNR) (BRASIL, 2011a); Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da qualidade (PMAQ) (BRASIL, 2011b);, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (REQUALIFICA UBS) (BRASIL, 2011c); Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011d); Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008); Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) (BRASIL, 2011); Incremento temporário do Piso da Atenção Básica (PAB) – emendas parlamentares (BRASIL, 2014) ; Incentivo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) (BRASIL, 2017a); e por fim o Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde (PIUBS) (BRASIL, 2017b).

Figura 2 - Linha do tempo de criação de incentivos/programas ministeriais para atenção básica, subcomponentes do PAB variável, 1996 a 2017.



Fonte: Elaboração Própria, 2021.

É válido ressaltar que em 2014 foi regulamentada a aplicação de emendas parlamentares, somando recursos para atenção básica, por meio do incentivo intitulado “Incremento Temporário do PAB”. A lista dos municípios habilitados, bem como o valor a ser transferido, eram estabelecidos por meio de portarias anuais. Os recursos transferidos eram de natureza de despesa de custeio, vinculados ao Bloco de Atenção básica. A condição de teto financeiro para aplicação das emendas considerava o valor máximo do PAB total, somatório dos componentes fixo e variável do ano anterior. Cabe destacar ainda, que os recursos provenientes das emendas parlamentares vinculadas ao referido incentivo ministerial, não tinham natureza plurianual, e portanto os efeitos orçamentários se limitavam ao respectivo ano de exercício das portarias instituídas (BRASIL, 2014).

Também em 2017, a Portaria n° 606, de 3 de março, estabeleceu que os incentivos financeiros relacionados à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), para custeio das equipes de Atenção Básica Prisional (I, II e III), passariam a compor o PAB variável, alterando assim a Portaria n° 482/2014 (BRASIL, 2017a).

Ressalta-se que a modalidade de transferência de recursos federais no formato dos seis blocos de financiamento, objeto deste estudo, vigorou até o ano de 2017, quando houve a alteração da Portaria de Consolidação n° 6 de 2017, pela Portaria n° 3.999 de 2017. Tal portaria, reconfigura a modalidade de blocos de financiamento, estabelecendo apenas dois blocos, o Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e o Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (Brasil, 2017).

Em 2020, houve uma nova alteração na definição dos blocos de financiamento, pela publicação da portaria n° 828, de 17 de abril de 2020. Com esta normativa os recursos financeiros do FNS passaram a ser transferidos para os blocos de financiamento: I - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e II - Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde. O primeiro referente aos repasses relacionados à manutenção da oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde e funcionamento dos órgãos responsáveis pela implementação de ações e serviços públicos de saúde, e o segundo para transferência de recursos destinados a realização de obras de construções novas, ampliações e reformas de imóveis utilizados para ofertar ações e serviços públicos de saúde.

6. ABORDAGEM METODOLÓGICA

6.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, de série temporal, cuja unidade de análise é o estado, a partir de agregados municipais, segundo porte populacional. A característica de pesquisa descritiva dá-se pelo objetivo de descrever a composição do financiamento da Atenção Básica dos municípios do estado da Bahia (GIL, 2002).

6.2. CENÁRIO DO ESTUDO

A Bahia é o quinto estado com maior extensão territorial (564.732 km²) do Brasil e o quarto em maior população (14.016.906 hab., em 2010), sendo o mais populoso da região Nordeste. O referido estado é constituído por 417 municípios. Os dados do último censo demográfico, realizado em 2010, demonstram que a grande maioria dos municípios baianos, cerca de 90%, apresentam população menor que 50.000 habitantes (IBGE, 2010) (Tabela 1).

O estado possui uma densidade demográfica de 24,82 hab./km², Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,660, e Índice de Gini de 0,556 (IBGE, 2010). Em 2017, a Bahia foi o 6º (sexto) estado brasileiro com maior receita orçamentária arrecadada, (R\$ 50.191.003,24 x 1000) (IBGE, 2017).

Tabela 1 - Distribuição dos municípios baianos (número absoluto e percentual), segundo porte populacional, 2010.

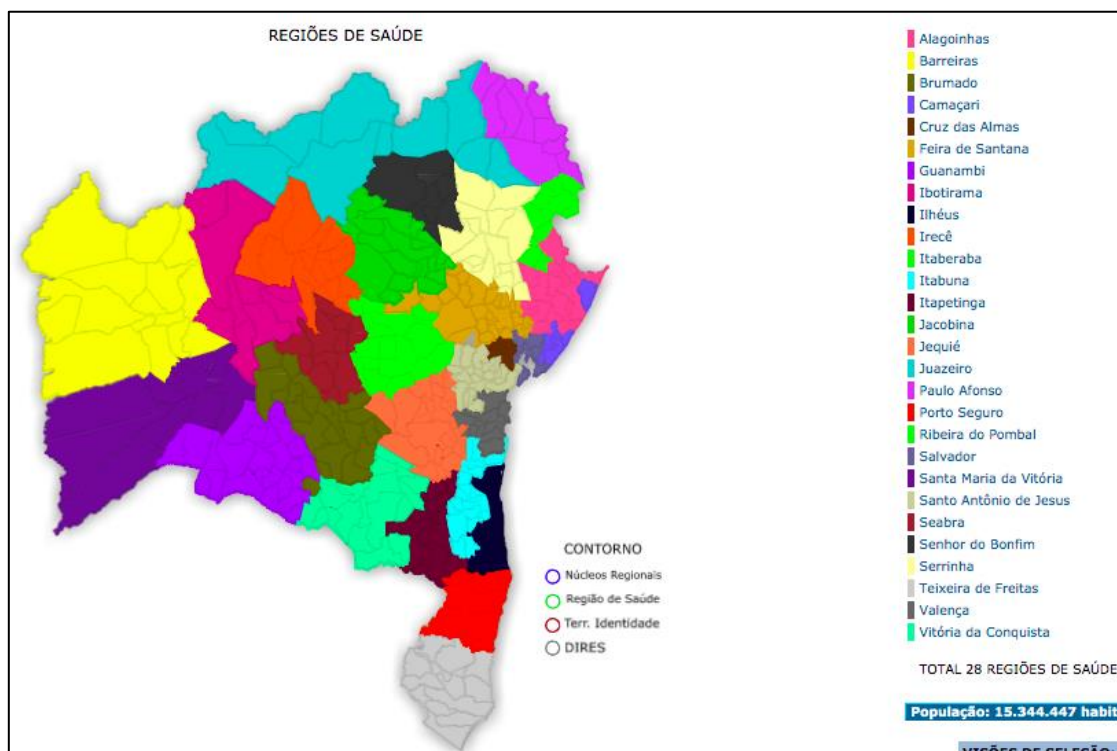
POPULAÇÃO (hab .)	MUNICÍPIOS	
	(N)	%
Até 20.000	248	59,5
> 20.000 até 50.000	126	30,2
Entre 50.000 e 100.000	27	6,5
> 100.000	16	3,8
Total	417	100

Fonte: IBGE, 2010.

Quanto à regionalização da saúde na Bahia, a partir da reformulação da estrutura organizacional da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), segundo a Lei Estadual n°

13.204/2014, foram criados os Núcleos Regionais de Saúde (NRS). Estes núcleos são vinculados ao território de cada uma das nove (09) Macrorregiões de Saúde, a saber, norte, sul, leste, oeste, nordeste, centro-norte, centro-leste, sudoeste e extremo sul. Essas Macrorregiões de Saúde subdividem-se em 28 Microrregiões de Saúde, conforme resolução CIB nº 132/2007, visando a programação das ações e serviços de saúde (Figura 03) (BAHIA, 2016) .

Figura 3 - Mapa da Bahia, segundo microrregiões de Saúde.



Fonte: DMA/SESAB, 2018

A distribuição populacional dos Núcleos Regionais é heterogênea, sendo a Macrorregião Leste, a área com maior densidade demográfica, a qual concentra 31,6% dos habitantes baianos, por outro lado, nas regiões do Extremo Sul e Centro-Norte residem cerca de 5,5% do total dos habitantes em cada uma delas (BAHIA, 2016).

Como na maioria dos estados brasileiros, a atenção básica, inicialmente, não era priorizada na agenda política dos governos baianos. A Bahia foi um dos últimos estados a concluir o processo de municipalização da saúde. Os municípios baianos apresentavam baixa capacidade de prestação de serviços de saúde, fato que pode ser explicado não pela fragilidade fiscal de seus municípios, mas pela ausência de políticas ativas e continuadas para a municipalização da saúde nos sucessivos governos estaduais da Bahia (VASCONCELLOS, 2013).

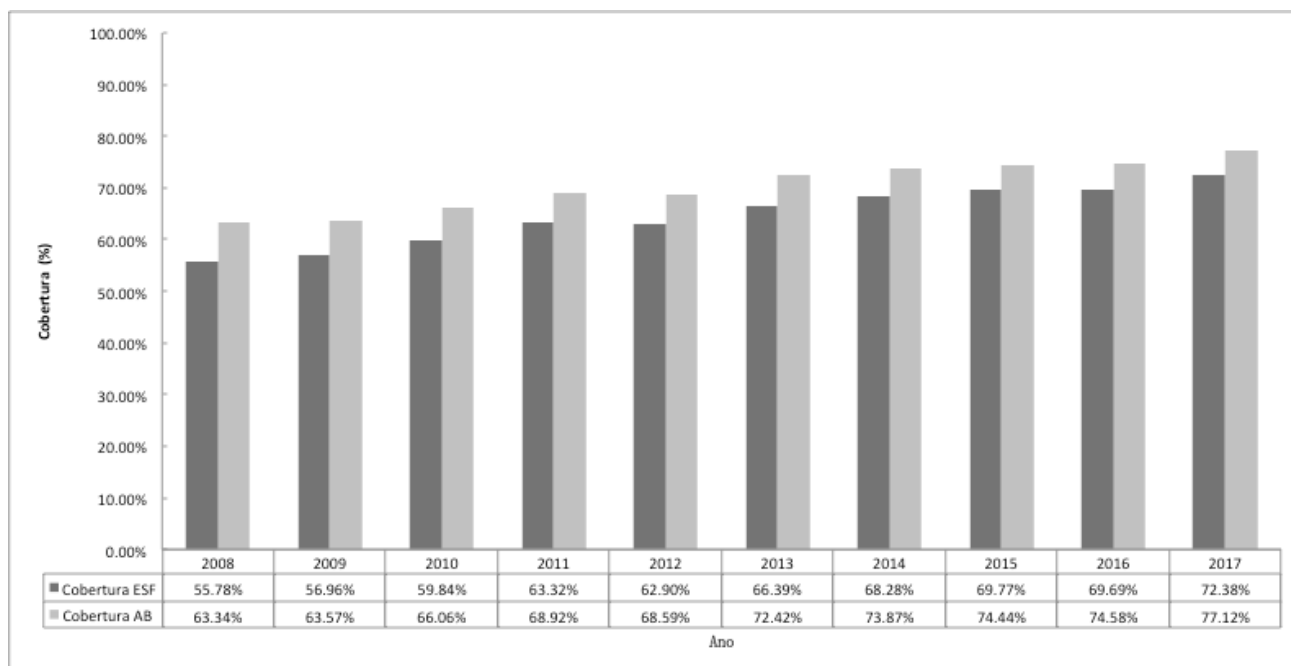
A partir da década de 90, foram implementados os dois principais programas ministeriais para a Atenção Básica no território da Bahia. Em 1992, instituiu-se o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Inicialmente os ACS atuavam nos municípios baianos vinculados às unidades básicas de saúde. Já o processo de implantação da Saúde da Família (SF) iniciou-se em 1997. No ano de 1998, quando a NOB 01/96 entra em vigor, juntamente com a introdução do PAB fixo e variável, iniciativa que impulsionou a municipalização da atenção básica no estado, a Bahia possuía 353 municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica, dos seus 415 existentes a época (VASCONCELLOS, 2013).

A partir dos anos 2000, através do Projeto Saúde Bahia, com financiamento do Banco Mundial, e do Programa de Expansão da Estratégia de Saúde da Família (PROESF), inicia-se o processo de implementação e qualificação da atenção básica. Através do Projeto Saúde Bahia, o estado garantiu o incentivo financeiro de custeio das equipes de saúde da família, bem como para construção/reforma de Unidades de Saúde da Família e aquisição de equipamentos de saúde. No entanto, apenas em 2011, a presença das equipes de SF atingiu 100% dos municípios do estado (BAHIA, 2013; VASCONCELLOS, 2013). Conforme Gráfico 1, no ano de 2011, a cobertura da ESF na Bahia correspondia a 63,3% (E-GESTOR AB, 2019)

Em 2013, aprova-se a Política Estadual de Atenção Básica (PEAB), através do Decreto nº 14.457 de 3 de maio de 2013. Tal política estruturou-se em seis eixos basilares para o desenvolvimento de ações estratégicas, a saber, i) gestão democrática e participativa; ii) comunicação e informação; iii) financiamento; iv) apoio Institucional; v) educação permanente; e vi) avaliação e monitoramento. Dentre os avanços para o financiamento da atenção básica estadual, com a implementação da PEAB, o estado elevou o valor mensal do Incentivo Financeiro Estadual para apoio no custeio de equipes de SF (R\$ 1.500,00 por eSF) e estabeleceu recursos de investimento para a estruturação dos serviços e ações da Atenção Básica, que visavam a construção, ampliação e reforma de unidades básicas de saúde/ unidades de saúde da família/ unidades de apoio à saúde da família (Unidades Satélites), bem como para aquisição de equipamentos (BAHIA, 2013).

De acordo com os dados do E-GESTOR AB (2019), no período do estudo, entre 2008 e 2017, houve um crescimento da cobertura da ESF e da cobertura de atenção básica (AB) na Bahia, destacando-se um aumento de aproximadamente 17% da cobertura de ESF no estado (Gráfico 1). Em 2017, a Bahia contava com 3.584 equipes de saúde da família implantadas, o que correspondia a uma cobertura de 72,82% da população do estado (E-GESTOR AB, 2019).

Gráfico 1 – Série histórica de cobertura de Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família, Bahia, 2008 a 2017.



Fonte: Elaboração Própria. E-Gestor Atenção Básica, Ministério da Saúde, 2019.

No ano de 2017, cerca de 65% dos municípios do estado da Bahia havia alcançado 100% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família, destes cerca de 75% (210) eram municípios com população de até 20.000, 24% (67) com população entre 20.000 e 50.000 habitantes e apenas 1% (3) entre 50.000 e 100.000 habitantes (E-GESTOR AB, 2019).

No que se refere à cobertura de Saúde Bucal esta ampliação correspondeu a cerca de 10%, saindo de 49% em 2008 para 59% em 2017, com um total de 2.562 equipes distribuídas nos municípios baianos. A cobertura de ACS sofreu oscilações ao longo do período, registrando um acréscimo de apenas 0,27%, alcançando um percentual de 81,19% em 2017 (E-GESTOR AB, 2019).

6.3. COLETA DOS DADOS

Os dados sobre o volume das transferências financeiras federais para ações de Atenção Básica, distribuídos entre os componentes fixo e variável do PAB dos 417 municípios do estado da Bahia, no período compreendido entre 2008 e 2017, foram coletados mediante consulta ao sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (FNS) em agosto de 2018. Os dados populacionais foram obtidos através do 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, através de consultas de pagamentos, convênios, dentre outros dados, para estados e municípios (FNS, 2016). A coleta dos dados secundários foi realizada no FNS por meio de consulta específica intitulada “Consulta de pagamento consolidada”, a qual disponibilizava dados do repasse federal por blocos de financiamento e seus respectivos componentes e ações/estratégias, para os municípios brasileiros, segundo unidade federativa e ano. Foram realizados os seguintes procedimentos para a busca: a) na seção consulta consolidada do site do FNS foram selecionados os anos de competência individualmente, pertencentes ao período do estudo; b) a unidade federativa, Bahia; c) bem como a opção de unidade de análise “todos os municípios” e o tipo de repasse “municipal”.

Os dados financeiros utilizados para fim de análise deste estudo referiram-se à *transferência federal por ordem bancária*, pois entendeu-se que reflete a realidade dos recursos financeiros federais recebidos pelos municípios baianos para o orçamento da saúde de cada ano, independentemente da competência da despesa.

Os anos de 2008 a 2017 foram escolhidos como recorte temporal por se tratar do período de vigência da modalidade de financiamento federal em blocos, cujos dados de transferências encontravam-se disponíveis no sítio eletrônico do FNS no período de realização do estudo.

O banco de dados elaborado para o presente estudo foi composto por quatro grupos de variáveis: a) variáveis populacionais; b) componente PAB; c) subcomponentes PAB fixo; d) subcomponentes PAB variável, os quais são apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 - Variáveis analisadas segundo grupamento.

GRUPO DE VARIÁVEIS	VARIÁVEIS
Variáveis populacionais	Código do município IBGE; população
Componentes PAB	PAB Total; PAB Fixo e PAB variável
Subcomponentes PAB fixo	PAB fixo; incremento temporário ao PAB
Subcomponentes PAB variável⁸	Agentes comunitários de saúde (ACS); Saúde bucal; incentivo adicional ao programa de agentes comunitários de saúde incentivo adicional PSF; incentivo adicional saúde bucal; incentivo de atenção básica dos povos indígenas; NASF; incentivo de implantação aos NASF ; compensação de especificidades regionais (CER); saúde da família; Programa Saúde na Escola (PSE); incentivo para atenção ao a saúde no sistema penitenciário; incentivo ao programa academia da saúde; implantação ao a política nacional de atenção integral a saúde do homem; equipe de saúde bucal - unidade odontológica móvel (UOM); incentivo adicional UOM; PROESF; atenção domiciliar (EMAD); equipes multiprofissionais de apoio (EMAP); programa de requalificação de UBS – reformas; PMAQ; equipes de consultórios na rua (CNR).

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Cabe salientar que a variável Incremento Temporário do PAB foi incluída como subcomponente do PAB Fixo conforme a classificação definida pelo Fundo Nacional de Saúde. Destaca-se, também, que durante o processo de organização do banco de dados, as variáveis “ACS” e “PSE” foram recompostas através do agrupamento de variáveis similares definidas pelo FNS. Desta forma, para a variável intitulada “ACS” foram integradas as variáveis “agentes comunitários de saúde – acs”, “incentivo adicional assistência financeira complementar - acs -

⁸ A variável “teste rápido de gravidez” presente no banco do FNS, foi excluída da análise do presente estudo, devido ao volume financeiro anual irrisório transferido para os municípios, em comparação aos recursos dos demais programas ministeriais vinculados ao PAB variável.

95 por cento” e “incentivo adicional fortalecimento de política afetas a atuação da estratificação de acs - 5 por cento”. Já a variável PSE, foi conformada pelas variáveis “programa saúde na escola - semana saúde na escola” e “programa saúde na escola”.

6.4. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados municipais foram agregados em estratos de municípios segundo porte populacional. Utilizou-se como base para a estratificação, a população de 2010, por se tratar do ano de realização do último censo demográfico divulgado pelo IBGE. Assim, foram criados quatro estratos populacionais com a finalidade de análise do presente estudo, a saber: a) estrato 1: municípios com até 20.000 habitantes (N= 248); b) estrato 2: município com população entre 20.001 e 50.000 habitantes (N= 126);) estrato 3: municípios com população entre 50.001 e 100.000 habitantes (N= 27); estrato 4: município com população acima de 100.000 habitantes (N=16) (APÊNDICE A).

Para fins de interpretação do porte populacional dos municípios ao longo do trabalho, foram considerados como pequeno porte os municípios pertencentes ao estrato 1, de médio porte os municípios dos estratos 2 e 3 e de grande porte os municípios do estrato 4, baseado na classificação observada na literatura nacional sobre o financiamento do SUS e o financiamento federal da atenção básica (SCATENA; TANAKA, 2000; CALVO et al, 2016; ARAÚJO et al., 2017)

Para fins de comparação da série histórica em análise, os dados financeiros foram submetidos à atualização monetária pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), para o ano base de 2017, último ano em estudo. Esse método corresponde ao processo de correção dos valores financeiros de diferentes datas para um ponto único no tempo (ano base), neutralizando o efeito da inflação na variação desses valores (TAKAMATSU, 2006). Desta forma, o termo “valor real” foi utilizado ao longo do estudo para definir os resultados que sofreram atualização monetária.

Ademais, para permitir a comparação dos resultados com as faixa de valores mínimos do PAB fixo definidos em legislação ministerial no período analisado, tais valores foram submetidos à atualização monetária (Tabela 2). Para o cálculo per capita do PAB fixo, realizou-se a correção da base populacional de acordo com o ano das transferências federais, diferentemente do ocorrido na realidade, que demonstra a ausência de atualização, em portarias, da base população do cálculo do PAB fixo. No entanto destaca-se que tal correção teve como

finalidade evidenciar a discrepância entre transferências teóricas (estabelecidas na portaria) e as transferências efetivas, quando se leva em conta a mudança populacional do PAB fixo.

Tabela 2 - Atualização monetária da faixa de valores mínimo do PAB FIXO definidos em portarias ministeriais, 2008 a 2017.

Ano	Valor Nominal (R\$)		Valor Real (R\$)	
	Faixa de valores mínimo		Faixa de valores mínimo	
2008	R\$17,00	R\$18,00	R\$30,59	R\$32,39
2009	R\$18,00	*	R\$30,59	*
2010	R\$18,00	*	R\$29,32	*
2011	R\$18,00	R\$23,00	R\$27,69	R\$35,38
2012	R\$20,00	R\$25,00	R\$28,89	R\$36,11
2013	R\$23,00	R\$28,00	R\$31,39	R\$38,21
2014	R\$23,00	R\$28,00	R\$29,64	R\$36,08
2015	R\$23,00	R\$28,00	R\$27,85	R\$33,91
2016	R\$23,00	R\$28,00	R\$25,17	R\$30,64
2017	R\$23,00	R\$28,00	R\$23,68	R\$28,83

Fonte: Elaboração própria, 2021.

*Prevaleceu o maior valor per capita do PAB fixo nos municípios cujos valores referentes já eram superiores ao mínimo valor per capita proposto.

Para o estado e para cada estrato de municípios foram calculadas as frequências absolutas (n) e relativas (%) do volume dos recursos financeiros do PAB fixo e variável, bem como calculada a média por cada estrato municipal por ano, no período de 2008 a 2017. Também, a fim de permitir uma comparação da evolução do financiamento da atenção básica entre os estratos populacionais, foram estimados o valor per capita dos dados.

Para a análise e processamento dos dados foram utilizados o Microsoft Excel 2011, versão 14.7 e o software estatístico Stata (Software for Statistics and Data Science), versão 13.0.

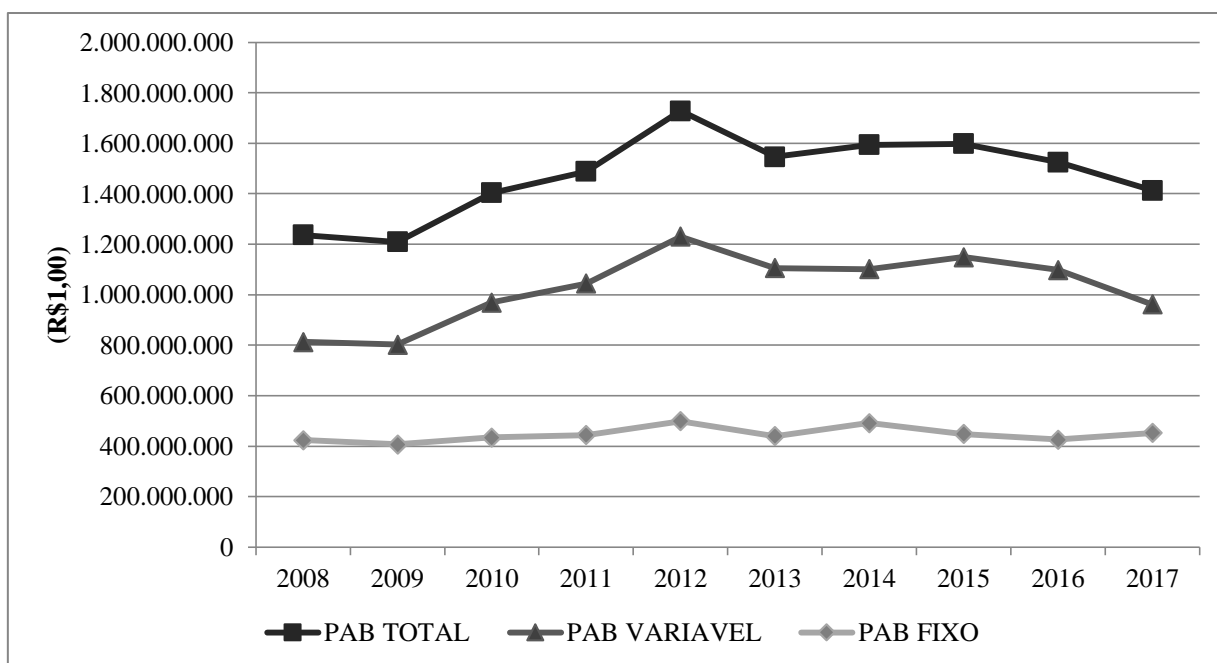
6.5. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.

Os dados utilizados neste estudo são caracterizados como informações de acesso público, como definido na Resolução n° 510/2016 vigente sobre as questões éticas no campo da saúde, pois que encontram-se disponíveis no sítios eletrônicos governamentais sem restrição ao acesso dos pesquisadores e dos cidadãos em geral.

7. RESULTADOS

O volume total de recursos do Piso de Atenção Básica (PAB) corresponde à soma dos componentes fixo e variável transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde aos municípios baianos. Os resultados demonstraram um aumento do financiamento federal destinados ao PAB dos municípios baianos, que variou de 1,2 bilhões em 2008 para cerca de 1,5 bilhões em 2017, em valores reais. Ao analisar os componentes, o PAB variável oscilou de 813 milhões em 2008 para cerca de 962 milhões em 2017 e para o PAB Fixo essa variação foi de 423 milhões para aproximadamente 452 milhões nestes respectivos anos (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Evolução das transferências federais (em valores reais) destinadas ao PAB dos municípios da Bahia, segundo componente fixo e variável, 2008 a 2017



Fonte: Elaboração própria. FNS, 2018.

Entre o primeiro e último ano de análise, a variação do PAB total foi de 14,30 %. O maior incremento foi às custas do PAB variável, cerca de 18,2%, enquanto que o incremento do PAB fixo correspondeu a 6,72% (Tabela 3).

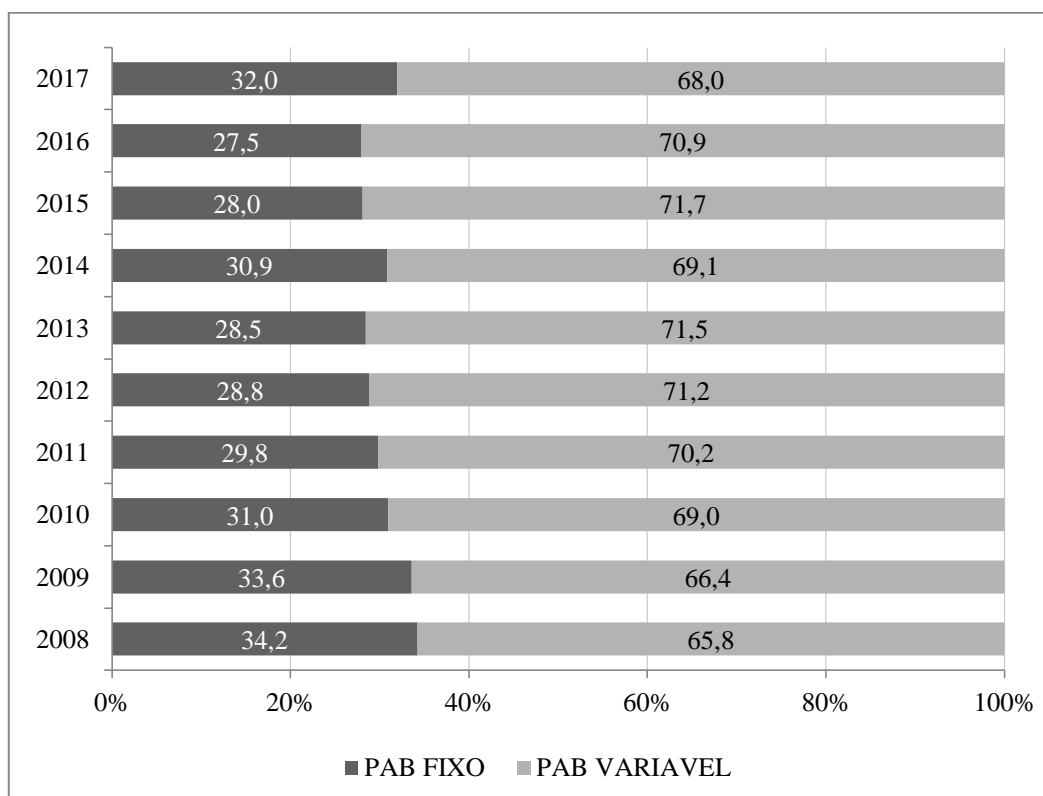
Tabela 3 - Volume total e variação (%) das transferências federais (em valores reais) destinados ao PAB dos municípios da Bahia, segundo componente fixo e variável, 2008 e 2017.

Variáveis	2008	2017	Variação (%)
	Volume (R\$)		
PAB fixo	423.504.958,00	451.956.729,00	6,72
PAB variável	813.291.321,13	961.695.709,33	18,25
PAB total	1.236.796.279,5	1.413.652.438,28	14,30

Fonte: Elaboração própria. FNS, 2018.

No que tange à participação destes componentes no volume total de recursos financeiros do PAB, verificou-se que os recursos do PAB variável representaram a maior parcela das transferências federais, mantendo-se acima de 65% ao longo do período analisado. Em 2008, cerca de 66% correspondiam ao PAB variável e 34%, ao PAB fixo, tendência que se confirmou em 2017 (Gráfico 3).

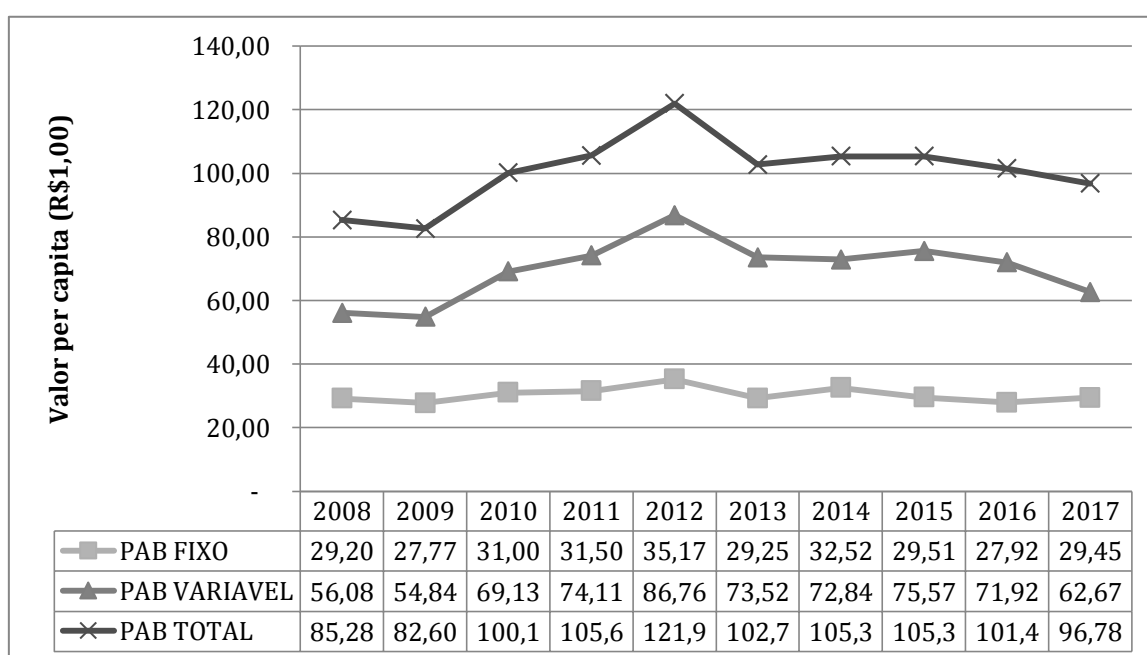
Gráfico 3 - Evolução da participação percentual (%) das transferências federais (em valores reais) destinadas ao PAB Fixo e Variável dos municípios da Bahia, 2008 a 2017.



Fonte: Elaboração própria. FNS, 2018.

A distribuição do valor per capita segundo componentes do PAB para o estado da Bahia, dos recursos federais transferidos para os municípios, indicou uma elevação do valor per capita do PAB variável, saindo de R\$56,08 em 2008, para R\$62,67 hab./ano em 2017. Por outro lado, não houve variação no valor per capita do PAB fixo que correspondeu a R\$ 29,20 hab./ano em 2008 e R\$ 29,45 hab./ano em 2017. Evidenciou-se, também, que entre os anos de 2008 e 2012, houve uma elevação progressiva do valor per capita do PAB total, às custas do componente variável. Por outro lado, a partir de 2012, constatou-se uma redução desses valores (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Evolução dos valores per capita de recursos federais (em valores reais) transferidos para o PAB dos municípios baianos, segundo componentes fixo e variável, 2008 a 2017

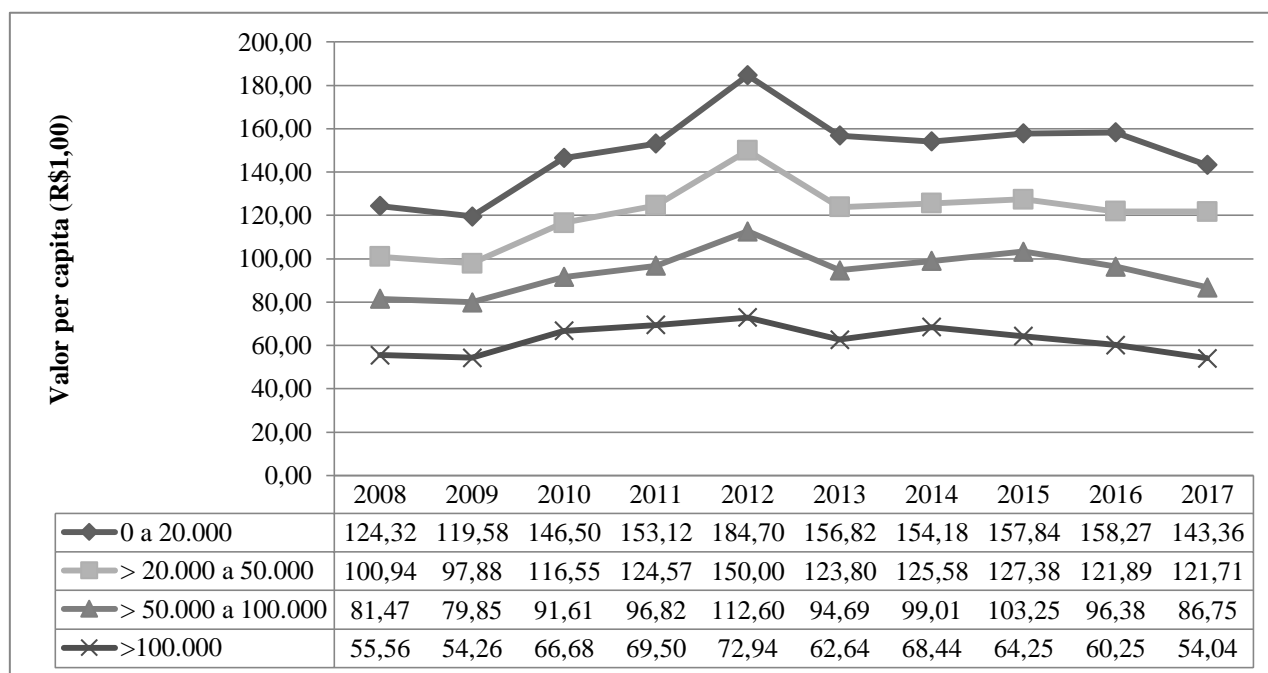


Fonte: Elaboração própria. FNS, 2018.

Ao agrupar os dados dos valores per capita do PAB total segundo estrato populacional, observou-se que os municípios de pequeno porte (estrato 1) receberam as maiores transferências federais por habitante para atenção básica, durante todo o período. Também verificou-se a mesma tendência de aumento do valor per capita do PAB até o ano de 2012 e redução nos anos seguintes para todos os estratos, sendo esta variação mais significativa para o estrato 1. Em todo período estudado o aumento para os municípios com até 20.000 habitantes (estrato 1), variou de R\$ 124,32 hab./ano em 2008 para R\$143,36 por habitante/ano em 2017. Para os estratos 2 e 3 observou-se menor variação e para os municípios com população maior que 100.000 hab. (estrato 4) não houve variação digna de nota (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Evolução recursos federais per capita (em valores reais) destinados ao PAB total dos

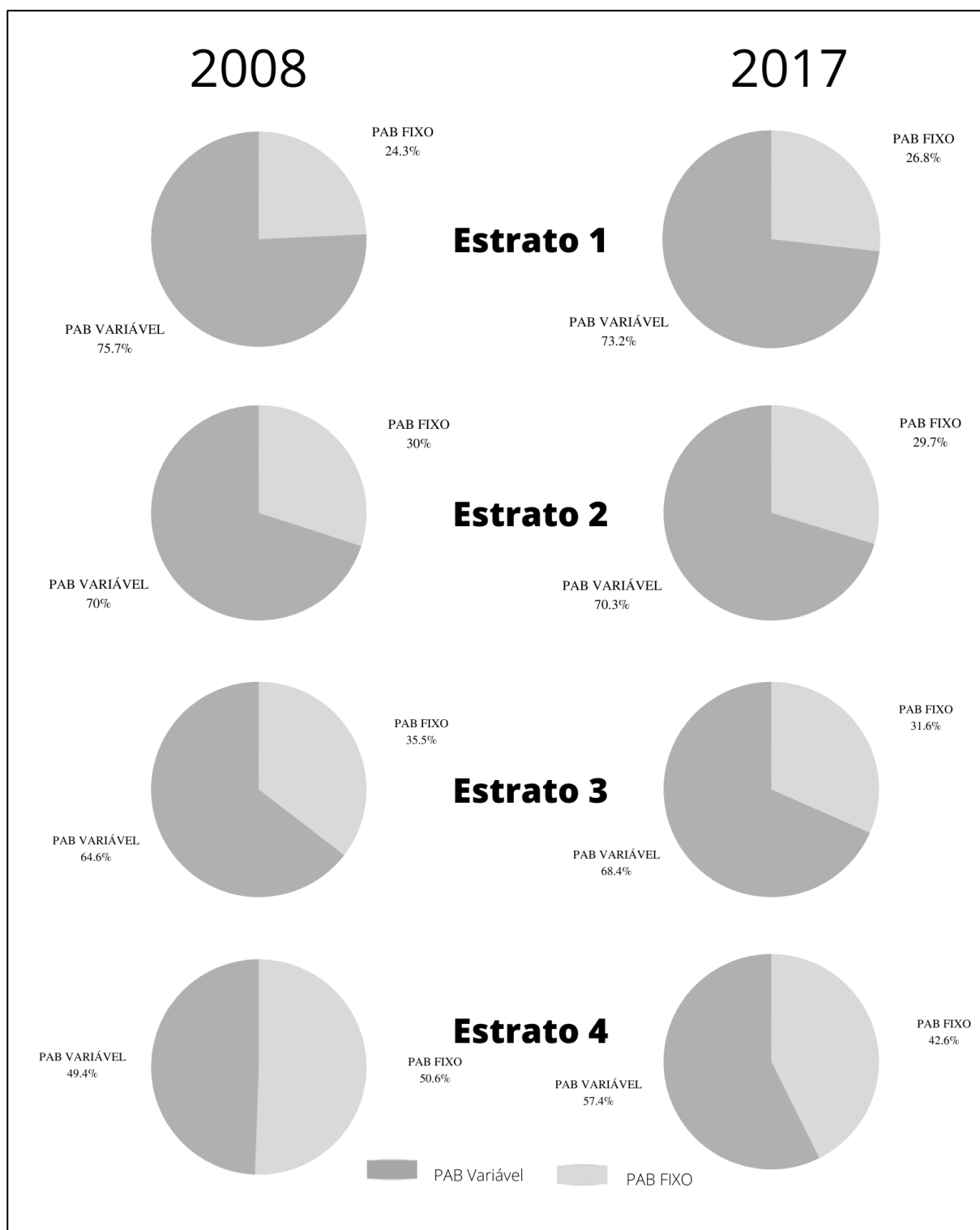
municípios da Bahia, segundo estratos populacionais, 2008 a 2017



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do FNS, 2018.

Ao analisar a participação proporcional dos componentes fixo e variável do valor per capita do PAB transferido aos municípios, no primeiro e no último ano de estudo, observou-se, nos estratos populacionais 1, 2 e 3 (pequeno e médio porte), um cenário similar ao observado para o total dos municípios baianos, com a participação majoritária do componente variável em todos os anos. No entanto, para os municípios de grande porte (estrato 4), salienta-se que não houve diferença proporcional significativa entre os componentes fixo e variável (Figura 4).

Figura 4 - Participação proporcional (%) dos recursos federais para os componentes fixo e variável do PAB dos municípios da Bahia, segundo estratos populacionais, 2008 e 2017.



Fonte: Elaboração própria. FNS, 2018.

Ao cotejar os valores mínimos per capita do PAB Fixo com as faixas estabelecidas nas legislações do Ministério da Saúde, segundo estrato populacional, observou-se, no geral, que

um percentual considerável de municípios recebeu repasses federais abaixo do valor per capita fixado em normativa, principalmente entre os anos de 2008 a 2010, com uma variação que alcançou no mínimo 30,2% e o máximo de 100% dos municípios, dentre os estratos analisados. A tabela 4. apresenta uma redução no percentual de municípios dos estratos 1 a 3 que receberam recurso abaixo do mínimo preconizado, a partir de 2011 e, especialmente, a partir de 2013. Para os municípios de grande porte (estrato 4), cerca de 100% dos municípios receberam repasses abaixo do preconizado nas legislações em pelo menos metade do período analisado, notando-se redução no percentual destes municípios apenas no período 2010 até 2012, e novamente em 2017. Cabe salientar que as faixas de valores mínimos do PAB Fixo definidos em portaria, em termos de valores reais, apresentaram defasagem ao longo do período analisado, cerca de 22% para a faixa mínima ao comparar os anos de 2008 e 2017.

Tabela 4 –Percentual (%) de municípios baianos, segundo estrato populacional, com repasse federal inferior ao valor per capita mínimo do PAB Fixo estabelecido em portarias ministeriais, 2008 a 2017.

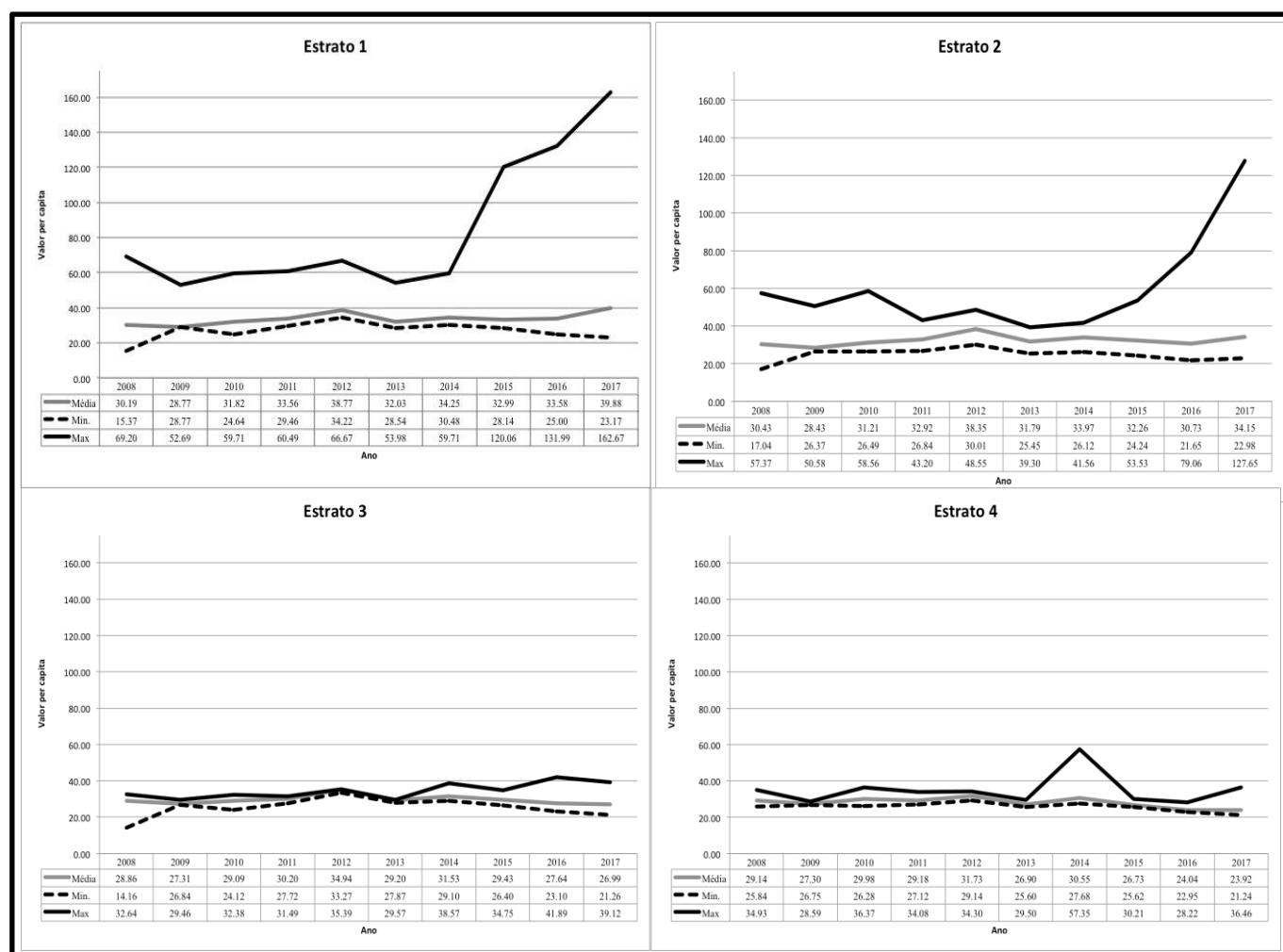
Ano	PAB fixo per capita mínimo (valor real)	% de municípios com repasse inferior ao PAB fixo per capita mínimo			
		Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4
2008	30,59	58,9	61,9	70,4	100
2009	30,59	87,5	88,1	100	100
2010	29,32	84,3	30,2	55,6	62,5
2011	27,69	0	1,6	0	18,8
2012	28,89	0	0	0	0
2013	31,39	15,7	17,5	100	100
2014	29,64	0	0,8	3,7	87,5
2015	27,85	0	0,8	3,7	93,8
2016	25,17	0,4	0,8	11,1	93,8
2017	23,68	0,8	0,8	7,4	68,8

Fonte: Elaboração própria. FNS, 2018.

Comparando-se os recursos repassados para o PAB fixo nos anos de 2008 a 2017, observou-se que houve uma pequena elevação da média dos valores per capita para os estratos 1 (até 20.000 hab.) e 2 (> 20.000 até 50.000 hab.) e uma pequena redução nos estratos 3 (>

50.000 até 100.000 hab.) e 4 (> 100.000 hab.). Também destaca-se que os municípios de pequeno porte (estrato 1) apresentaram a maior média per capita do PAB fixo dentre os demais grupos populacionais. Por outro lado, os municípios do estrato 4 (grande porte) apresentaram a menor média de valor por habitante para o PAB fixo (Figura 5).

Figura 5 - Evolução das transferências federais per capita (R\$/ hab. ano) (média, valores mínimo e máximo) destinados ao PAB fixo dos municípios da Bahia, segundo estrato populacional, 2008 a 2017



Fonte: Elaboração própria. FNS, 2018.

Comparando os valores mínimo e máximo do PAB fixo per capita, houve uma maior homogeneização entre os municípios dos estratos 3 e 4. Enquanto que para os municípios dos estratos 1 e 2, houve uma variação maior entre os valores mínimo e máximo.

Ao analisar o valor máximo per capita recebido pelos municípios em cada estrato, é possível observar que os estratos 1 (até 20.000 hab.) e 2 (> 20.000 até 50.000) apresentaram a maior diferença per capita entre o valor mínimo e máximo recebido pelos municípios que os compõem. Esta diferença apresentou-se mais acentuada, especificamente, a partir do ano de

2015. No referido ano, notou-se um incremento anual do valor máximo do PAB Fixo de aproximadamente 70% no estrato 1, quando comparado com o ano anterior, saindo de um montante de R\$ 59,71 hab./ano para R\$120,06 hab./ano. Este estrato apresentou o maior crescimento per capita do valor máximo recebido do PAB fixo.

Essa elevação significativa do valor per capita do PAB fixo, a partir de 2015, pode ser relacionada à inclusão de emendas parlamentares no financiamento da Atenção Básica, através do componente Incremento Temporário do Piso de Atenção Básica. Tal incentivo, componente do PAB fixo foi implantado em 2014. Os municípios eram habilitados com o montante a ser transferido a partir de portarias ministeriais anuais. É importante destacar que os municípios da Bahia passaram a receber efetivamente o repasse do FNS do componente “incremento do PAB” a partir do ano de 2015. Foi observada a influência significativa e crescente das emendas parlamentares no montante transferido para o componente fixo do PAB nos anos de 2015, 2016 e 2017. Para os municípios do estrato 1, os recursos das emendas variaram de 2,4% a 27,6% do volume total do PAB fixo nestes respectivos anos, sendo este o estrato em que houve maior participação de emendas parlamentares (tabela 5).

Tabela 5 – Evolução do número de municípios que receberam o Incremento Temporário do PAB e percentual do ITPAB (emendas parlamentares) em relação ao total do PAB fixo dos municípios da Bahia, segundo estrato populacional, 2015 a 2017

Ano	Estrato 1		Estrato 2		Estrato 3		Estrato 4	
	Nº Municípios com repasse do ITPAB	% do PAB fixo referente ao ITPAB	Nº Municípios com repasse do ITPAB	% do PAB fixo referente ao ITPAB	Nº Municípios com repasse do ITPAB	% do PAB fixo referente ao ITPAB	Nº Municípios com repasse do ITPAB	% do PAB fixo referente ao ITPAB
2015	4	2,4	4	0,7	1	0,7	-	-
2016	36	12,9	18	6,0	4	4,5	2	1,1
2017	96	27,6	48	21,0	11	8,0	6	3,2

Fonte: Elaboração própria. FNS, 2018

Quando analisado o quantitativo de municípios que receberam emendas parlamentares no período analisado, segundo estrato, observou-se que em todos os estratos mais de 40% dos municípios receberam recursos financeiros de emendas em pelo menos um dos anos analisados com esse incentivo. No estrato 1, esse valor correspondeu a um total de 114 (45,9%) municípios, para o estrato 2 esse número referiu-se a 56 municípios (44,4%), para o estrato 3, 12 municípios (44,4%) e no estrato 4 um total de 7 (43,7%) municípios pertencentes ao grupo receberam recursos provenientes de emendas

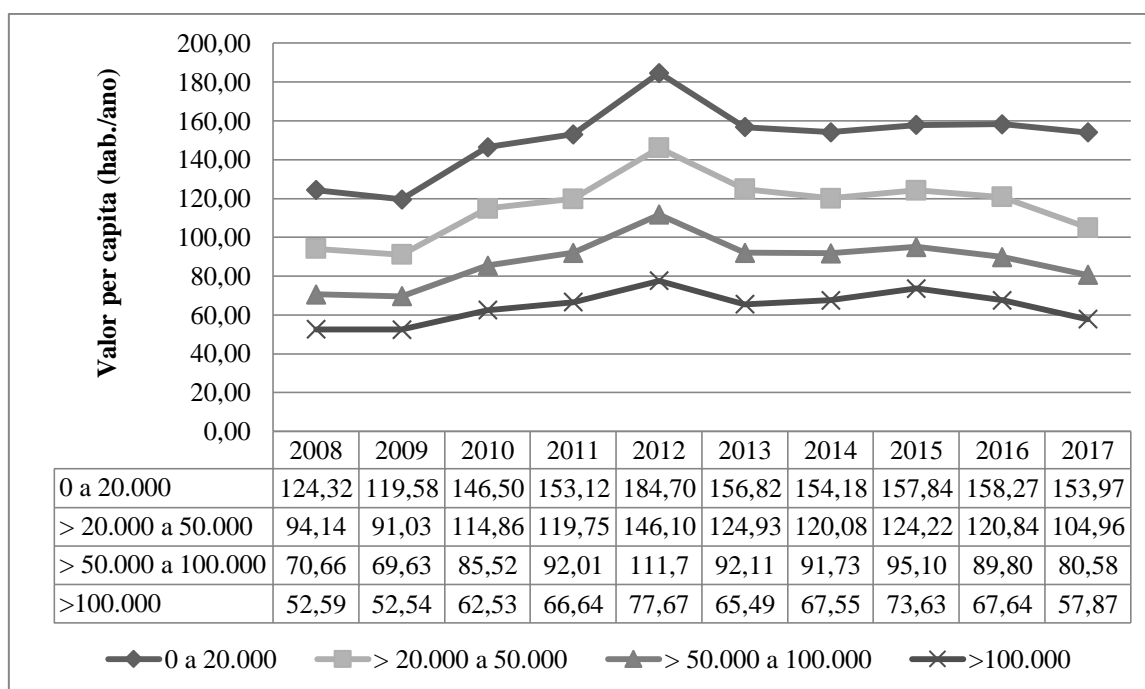
Desagregando os dados dos estratos populacionais, relativos às emendas parlamentares (APÊNDICE B), cabe destacar os municípios que receberam recursos desse incentivo nos três anos consecutivos do período estudado do Incremento Temporário do Piso de Atenção Básica, uma vez que as emendas complementaram de forma significativa o financiamento de atenção básica local, em especial aos municípios do estrato 1. No estrato 1, o município de Lamarão foi o único a receber repasses de emendas para AB nos anos de 2015 a 2017, o volume de emendas representou mais de 100% do total do PAB fixo nestes referidos anos, sendo essa proporção correspondente a cerca de 260% em 2015, 245%, em 2016, e 134% do PAB fixo, em 2017. Já no estrato 2, cabe destacar o município de Coração de Maria, em 2015 as emendas parlamentares representaram 64,98% do PAB fixo, em 2016, esse percentual foi de 80,62% e 54,46% em 2017. No estrato 3 o município de Irecê foi o único a receber tal incentivo nos três anos estudados, o percentual das emendas em relação ao PAB fixo, correspondeu a 19,94% em 2015, 23,73% em 2016, e 8,64% em 2017.

Os recursos de emendas parlamentares para AB para municípios do estrato 4, diferentemente dos demais estratos, foram repassados apenas a partir de 2016, sendo o município de Ilhéus o único a receber recursos federais nos dois anos estudado. Em 2016, o volume representou apenas 2,2% do PAB fixo recebido pelo município, e em 2017, esse percentual aumentou para aproximadamente 38% do PAB fixo.

Quanto à evolução do PAB variável per capita, o Gráfico 6 apresenta a série histórica segundo porte populacional. Nota-se que houve um crescimento do valor por habitante/ano para o componente variável do PAB em todos os grupos populacionais, com destaque para o ano de 2012, que registrou o maior volume per capita de toda a série histórica, a saber, em ordem decrescente, R\$184,70 hab./ano (estrato 1), R\$ 146,10 (estrato 2), R\$111,76 (estrato 3) e R\$77,67 (estrato 4).

Também, é possível observar que o valor per capita do PAB variável dos municípios da Bahia é inversamente proporcional ao número de habitantes. Desta forma, os municípios de pequeno porte (estrato 1) apresentaram valores mais altos seguidos em ordem decrescente pelos municípios de médio (estrato 2 e 3) e de grande porte (estrato 4), esses últimos com os menores valores per capita do PAB variável ao longo dos anos (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Evolução do repasse federal per capita do PAB Variável dos municípios da Bahia, segundo porte populacional, 2008 a 2017



Fonte: Elaboração própria . FNS, 2018.

Ao analisar a composição do PAB variável segundo programas ministeriais, o estudo revelou um padrão da participação percentual dos principais programas ministeriais em todos os grupos populacionais, sendo estes o Programa Saúde da Família , Agente Comunitário em Saúde, Saúde Bucal, PMAQ - a partir do ano de 2012 -, e NASF em todos os quatro estratos analisados (Tabela 6). Para os estratos 1 e 2, cujos municípios possuem população de até 50.000 habitantes (pequeno e médio porte), observou-se que a maior parcela dos recursos destinou-se à Saúde da Família em todos os anos analisados. Porém, cabe destacar que houve uma redução dessa parcela no decorrer dos anos, a medida que novos programas ministeriais eram implementados e tinham adesão dos municípios. No estrato 1, a redução foi mais significativa, equivalente a 21,9% , saindo de 51,4% em 2008, para 29,5% em 2017, já para os municípios do estrato 2 houve uma redução de 18,9% do montante para SF, caindo de 46,6% para 27,7% no último ano em análise.

Para os municípios com mais de 50.000 habitantes, estratos 3 e 4, as maiores parcelas de recursos transferidos pelo PAB variável, em todos os anos, foram direcionadas ao ACS. Destaca-se que o financiamento de tal programa manteve-se sem muitas oscilações no período analisado.

Tabela 6 - Percentual de recursos federais destinados ao PAB Variável transferidos para os principais programas ministeriais dos municípios da Bahia, segundo estrato populacional, 2008 a 2017.

ESTRATOS POPULACIONAIS	Percentual de recursos federais repassados aos principais programas ministeriais do PAB Variável									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ESTRATO 01										
ACS	30,4	28,0	27,6	30,4	25,5	26,1	27,8	28,9	27,9	30,7
SF	51,4	54,2	50,3	47,9	44,3	41,6	33,2	31,5	32,8	29,5
PMAQ	-	-	-	0,4	7,8	12,1	15,7	17,6	16,5	15,1
SB	10,7	11,0	11,3	10,8	10,1	9,3	9,8	10,4	10,2	11,0
NASF	0,1	0,3	0,6	0,8	1,9	3,7	7,1	8,9	9,6	8,8
ESTRATO 02										
ACS	35,5	35,0	34,5	36,6	32,1	33,3	33,4	34,4	34,1	34,8
SF	46,3	47,5	43,4	40,6	37,0	32,2	29,3	27,7	29,6	27,7
PMAQ	0,0	0,0	0,0	0,0	8,8	14,7	16,1	16,6	16,8	15,8
SB	9,2	9,5	8,9	8,7	8,1	7,9	7,8	16,6	8,0	9,2
NASF	0,2	1,0	2,4	3,2	3,6	4,0	6,0	7,0	7,6	7,2
ESTRATO 03										
ACS	43,9	42,8	41,9	45,4	39,7	42,3	41,2	40,6	41,0	40,8
SF	37,4	37,3	34,9	32,3	31,6	27,2	24,7	23,6	26,0	24,0
PMAQ	0,0	0,0	0,0	0,3	5,9	8,3	13,8	15,3	15,1	14,6
SB	7,5	7,7	7,4	7,2	7,1	6,6	6,1	5,7	6,0	7,9
NASF	0,9	4,2	5,9	6,2	6,5	6,1	7,3	7,3	7,3	6,2
ESTRATO 04										
ACS	42,4	42,4	42,3	43,6	41,7	41,6	40,2	42,2	40,4	43,7
SF	39,2	38,7	36,1	32,3	32,2	27,0	25,1	25,1	27,9	24,1
PMAQ	0,0	0,0	0,0	0,3	6,1	8,7	13,7	12,5	13,4	24,1
SB	7,7	7,9	7,3	6,5	6,7	5,9	5,9	5,9	5,9	8,3
NASF	2,0	5,0	5,7	5,8	5,8	4,9	5,3	6,4	6,6	4,1

Fonte: Elaboração própria . FNS, 2018.

8. DISCUSSÃO

No período analisado do estudo, 2008 a 2017, houve um aumento no aporte de recursos federais para atenção básica dos municípios da Bahia. Dentre os componentes do BLAB, o PAB variável apresentou o crescimento mais acentuado. Ao analisar os dados por estratos populacionais, os achados revelaram que os valores per capita do PAB fixo e variável dos municípios da Bahia são inversamente proporcionais ao seu porte populacional. Assim, os municípios baianos de pequeno porte (estrato 1) apresentaram as maiores médias de valor per capita do PAB fixo, bem como os repasses per capita mais elevados do PAB variável. Já os municípios de grande porte (estrato 4), apresentaram os menores valores per capita (PAB fixo e PAB variável) em todos os anos analisados, quando comparados aos demais grupos populacionais. Tais achados evidenciam a importância das transferências condicionadas realizadas pelo Ministério da Saúde no financiamento da atenção básica em municípios de menor porte.

Quanto à composição do PAB, para os municípios de pequeno e médio porte (estratos 1, 2 e 3) a participação majoritária deveu-se ao PAB variável. No entanto, nos municípios baianos de grande porte (estrato 4) verificou-se uma diferença pequena na participação entre as partes fixas e variáveis do PAB. Os programas/estratégias que mais concentraram recursos federais do PAB variável em todos os estratos de municípios foram a ESF, SB PACS, PMAQ e NASF.

No âmbito nacional, um estudo sobre a distribuição das transferências federais para AB dos municípios brasileiros, também verificou uma elevação em valores reais (27%) do financiamento para AB entre os anos de 2008 e 2016 assim como os achados do presente estudo. As autoras também destacam um aumento da distribuição per capita dos recursos para AB no Brasil, com destaque para as regiões Nordeste e Norte (SANTANA; VILASBÔAS, 2018).

Quanto ao repasse federal para o bloco da atenção básica aos municípios baianos, o estudo de Teles, Coelho e Ferreira (2016), revelou que 45,22% do volume total dos recursos federais transferidos, fora destinados ao BLAB, no período de 2009 a 2012. As autoras também observaram no período um aumento discreto, em valores reais, ao longo dos anos, em 2009 foram destinados 43,36% do total repassado, em 2010, este percentual subiu para 44,13%, e em 2011 para 44,41%. O estudo revelou ainda que o volume de recursos destinados à Atenção Básica dos municípios baianos ultrapassou o total repassado para a Média e Alta Complexidade (MAC) em 2012.

Estudos têm evidenciado um decréscimo na participação relativa do PAB Fixo no financiamento da atenção básica desde o início dos anos 2000, à medida que a descentralização da atenção básica foi efetivada e os incentivos federais vinculados a programas ministeriais (PAB variável) foram ganhando força (VAZQUEZ, 2011). Ferreira et al. (2015), ao analisar o financiamento da atenção básica de municípios de uma macrorregião do estado da Bahia, constataram a mesma tendência no período de 2010 a 2012 (FERREIRA et al., 2015).

No tocante ao impacto do componente PAB variável no financiamento global da AB, na literatura nacional, evidencia-se o aumento expressivo do valor dos incentivos federais repassados aos municípios para implantação e ampliação de programas e políticas definidas pelo Ministério da Saúde, especialmente à implantação de equipes de Saúde da Família (eqSF), equipes de saúde bucal (eSB) e NASF nos municípios brasileiros (FERREIRA et al., 2015; MACHADO; FORTES; SOMARRIBA, 2004; MENDES; MARQUES, 2014). Machado, Fortes e Somarriba (2004), destacam que os municípios tendem a aderir aos programas ministeriais da atenção básica movidos, principalmente, pelo interesse de obter mais recursos para este nível de atenção, o que pode refletir em modelos de intervenções que não tenham flexibilidade para se adaptar às realidades locais. Os autores ainda mencionam que as diferenças do PAB per capita recebidos pelos municípios expressam as distintas tendências de adesão a estes programas (MACHADO; FORTES; SOMARRIBA, 2004).

O PAB fixo é responsável por financiar cerca de um terço da atenção básica dos municípios brasileiros, se constituindo como uma importante fonte de receita, tendo em vista a maior autonomia dos gestores municipais para alocação destes recursos direcionados às ações e serviços de atenção básica local. No entanto, a literatura evidencia a falta de atualização do valor monetário dessa transferência intergovernamental, ao longo dos anos (LINS; MENEZES; CIRÍACO, 2021).

Apesar de não terem sido identificadas diferenças significativas entre participação proporcional dos recursos destinados ao componentes fixos e variáveis dos municípios de grande porte (estrato 4), observa-se na literatura que o PAB fixo adquire mais importância na participação do BLAB de municípios com mais de 50 mil habitantes (grande porte) (MACHADO; FORTES; SOMARRIBA, 2004). Ferreira et al (2015), constataram que na região de saúde de Salvador, a maior do estado da Bahia em tamanho populacional, os repasses federais para o PAB fixo superaram o aporte de incentivos ministeriais, ainda que o volume do PAB variável tenha sido mais elevado do que nas demais regiões da macrorregião Leste. Segundo as autoras, tal cenário evidencia que as transferências federais para AB, especialmente

dos municípios de grande porte, são, em sua maioria, baseadas pela população (per capita) (FERREIRA et al., 2015). No âmbito regional, Santana e Vilasbôas (2018), identificaram que, em termos de volume financeiro, as transferências federais para o BLAB dos municípios do Nordeste e Sudeste foram as mais elevadas entre os anos de 2006 e 2018. As autoras mencionam a possibilidade deste resultado estar relacionado ao efeito da base populacional, utilizada como critério de distribuição dos recursos da AB para o PAB fixo, visto que ambas são consideradas as regiões mais populosas do Brasil.

Nos 10 anos de análise do presente estudo, a faixa de valores mínimos per capita do PAB fixo, determinada por legislação, variou de R\$10,00 a R\$28,00 por habitante. No entanto, constatou-se que em valores reais, os dados obtidos no presente estudo, demonstraram uma redução de 22% do valor per capita do PAB fixo quando comparados os anos de 2008 e 2017. Tal tendência de redução, foi apontada também no estudo de Mendes e Marques (2014) sobre o financiamento federal da atenção básica. Os autores apontam que em um período de 18 anos (1995-2012) houve um decréscimo significativo, da participação do PAB fixo, bem como uma estagnação no valor per capita transferido para este componente (MENDES; MARQUES, 2014).

Vazquez (2011), ao analisar os impactos da vinculação de receitas e das transferências condicionadas à adesão de programas definidos pelo Ministério da Saúde, menciona que a expansão dos recursos federais destinados ao PAB ocorreu de forma mais significativa nos anos iniciais de implantação de seus componentes fixo e variável. Porém, nos anos subsequentes, na grande maioria dos municípios, o volume e valores per capita das transferências federais, não foram adequadamente corrigidos ao longo dos anos, no que tange à base populacional e à correção da inflação, o que conseqüentemente influenciou na diminuição do PAB fixo com o passar dos anos.

Ao analisar a evolução do financiamento da atenção básica, segundo estratos populacionais, os achados revelaram maior variação e valor do PAB total por habitante para os municípios baianos de pequeno porte (estratos 1) durante todo o período estudado. Resultados similares foram averiguados pelo estudo de Machado, Fortes e Somarriba (2004), ao analisar o financiamento da atenção básica de municípios de Minas Gerais, o qual constatou que municípios de pequeno porte (com até 10 mil hab.) apresentaram maior crescimento do PAB per capita. Por outro lado, os autores mencionam que os municípios com população acima de 50 mil (médio e grande porte), apresentaram uma redução do PAB per capita, no período de 1997 e 2000 (MACHADO; FORTES; SOMARRIBA, 2004). Tal tendência de redução do PAB

total per capita também foi observada no presente estudo para os municípios baianos de grande porte (estratos 4).

Quanto ao valor per capita mínimo do PAB fixo transferido pelo Ministério da Saúde aos municípios baianos, observou-se que pelo menos 60% dos municípios de grande porte não receberam o valor mínimo por habitante estabelecido pelas portarias ministeriais nos 10 anos analisados. Achados semelhantes são verificados no estudo de Ferreira e demais pesquisadores (2015), o qual revelou para a macrorregião leste da Bahia, que em 2010 apenas 39,50% captaram o mínimo valor per capita do PAB fixo como previsto na portaria vigente à época. Os autores destacam que ainda não há uma compreensão clara dos motivos que levaram a municípios receberem valores per capita abaixo do mínimo preconizado, mas que possivelmente podem estar ligados a cortes de recursos devido a suspensões ou atrasos nas transferências, cujas ordem bancárias podem ter ultrapassado o ano de competência do exercício financeiro (FERREIRA et al., 2015).

Por outro lado, o estudo de Ciríaco, Azevedo e Lins (2021), ao analisar o componente fixo do PAB, apresenta justificativas que evidenciam diferenças entre o que está posto na norma e a efetiva transferência dos recursos federais relativos ao PAB fixo. Os autores salientam que dada à estagnação da atualização dos critérios de repasse através das portarias regulatórias do PAB fixo e devido ao efeito de “corrosão” do processo inflacionário, uma vez que não ocorreu a atualização monetária dos valores, as transferências per capita (efetivas) serão sempre menores do que as definidas em portaria no decorrer dos anos. Somado a isso, a regra de definição dos valores não considera a dinâmica populacional das localidades no decorrer dos anos, e assim, municípios que apresentam um grande crescimento populacional, receberão menores valores per capita (efetivo) do PAB fixo, especialmente para os anos subsequentes ao população de referência definida na portaria (LINS; MENEZES; CIRÍACO, 2021).

Um resultado inédito e relevante do presente estudo foi a identificação e mensuração dos valores repassados aos municípios baianos por meio do Incentivo Incremento Temporário do PAB, a partir de 2015, que revelaram a importância das emendas parlamentares na ampliação dos recursos do PAB fixo de mais de 40% dos municípios neste período. Não foram encontrados outros estudos na literatura nacional que analisaram informações semelhantes, o que não permite comparações desses achados com outros estados.

A partir do ano de 2015, através da portaria N° 600/ 2015⁹, o Ministério da Saúde

⁹ A portaria n° 600, de 10 de junho de 2015 regulamenta a aplicação das emendas parlamentares que adicionarem

estabeleceu um novo procedimento para as transferências dos recursos das emendas parlamentares ao PAB. Com esse novo procedimento, o gestor municipal de saúde deveria indicar o objeto para alocação do Incremento Temporário do PAB através do portal do FNS. A prestação de contas para aplicação destes recursos deveria ser realizada por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG) (BRASIL, 2015).

A comparação dos recursos das emendas com o PAB fixo de alguns municípios que receberam recursos de emendas (ITPAB) nos três anos estudados de transferência destes incentivo, permitiu identificar sua relevância como instrumento de financiamento federal da atenção básica. Para um dos municípios do estrato 1 (Lamarão), o peso das emendas ultrapassou 100% do PAB fixo. Vasconcellos (2013) destaca que a maioria dos municípios brasileiros apresenta dificuldades na geração de receitas próprias para custear as ações e serviços de saúde, especialmente os municípios de pequeno porte, para os quais a presença de emendas, mesmo com padrão instável, podem gerar um impacto significativo no financiamento sistema de saúde local.

O estudo de Baptista *et al* (2012) analisou as emendas de natureza plurianual apresentadas ao orçamento federal da saúde, no período de 1997 a 2006. Apesar de referir-se as emendas da área da saúde, no geral, executadas pelo Ministério da Saúde (recursos empenhados) e tratar-se de um período anterior ao analisado, o que impossibilita a comparação dos dados com o presente estudo, cabe ainda pontuar os destaques dos seus achados. As autoras destacam que a saúde é um dos setores governamentais importantes no que se refere à apresentação de emendas parlamentares. Ao comparar os recursos das emendas ao montante de incentivos ministeriais de atenção básica, o estudo revelou que na Região Nordeste a execução de recursos de emendas superou 20% os recursos destinados ao PAB fixo, na maior parte dos anos analisados, mostrando uma tendência de aumento entre 2003 e 2006. Destaca-se que nesta época as emendas parlamentares tinham caráter de gasto autorizativo, no qual o Poder Executivo definia a liberação destes recursos orçamentários, não sendo compulsória a execução dos projetos apresentados e aprovados no Congresso (BAPTISTA *et al.*, 2012).

Através dos dados analisados do FNS, bem como das portarias ministeriais analisadas que instituíram o Incremento Temporário do PAB, não é possível identificar informações relativas aos critérios de habilitação dos municípios e autoria da emenda, o que poderia possibilitar uma compreensão mais precisa sobre a seleção dos municípios, bem como constatar se a finalidade

recursos à Rede SUS no exercício de 2015, para incremento do Teto de Média e Alta Complexidade e do Piso de Atenção Básica. Além disso, revoga portaria nº 375, de 10 de março de 2014.

destes recursos poderiam ou não compensar alguma desigualdade regional ou estrutural da rede de saúde. A informação sobre as transferências no nível de detalhamento necessário, poderia elucidar hipóteses de que a distribuição destes recursos está pautada por interesses políticos partidários do poder executivo e dos parlamentares, conforme padrão afirmado por Baptista et al. (2012) e demais autores mencionados neste estudo.

O estudo de Souza (2003) analisou as emendas parlamentares de três estados, dentre eles a Bahia, no período de 1995 a 1999. A autora menciona que a emenda parlamentar pode ser considerada um mecanismo político capaz de redistribuir e reduzir desigualdades na capacidade de financiamento dos estados e municípios. Apesar da visão hegemônica da utilização das emendas como estratégia de sobrevivência eleitoral dos parlamentares e governos (SOUZA, 2003).

Os programas representados pelo PAB variável são considerados uma das transferências mais dinâmicas e predominantes na última década, privilegiando principalmente municípios em regiões carentes. De modo geral, nesse estudo, verificou-se que o PAB variável foi o componente com maior participação no financiamento da AB. No tocante aos subcomponentes do PAB variável, os resultados expostos no presente estudo estão em consonância com o que a literatura tem revelado sobre os principais programas ministeriais da AB .

O estudo de Teles, Coelho e Ferreira (2016), analisando as transferências federais aos municípios da Bahia, apontou que programas/estratégias que mais concentraram recursos, entre 2009 e 2012, foi a Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, representando juntos cerca de 75% da transferência total do PAB variável, no ano de 2012. Outro estudo verificou que na Macrorregião Leste da Bahia, os subcomponentes do PAB variável que se destacaram em termos de incremento dos recursos federais, nos anos de 2010 a 2012, foram os programas Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal e NASF, destes, o último apresentou o maior acréscimo (FERREIRA et al., 2015).

Estudos têm apontado a importância do PSF para o financiamento federal da atenção básica. Machado *et al* (2004), em um estudo sobre a implantação do PAB em municípios de Minas Gerais, mencionam que os recursos financeiros transferidos ao PSF contribuíram com mais de 32% do valor do PAB para metade dos municípios que aderiram ao programa. Em um estudo de caso realizado em um município baiano sobre o PSF, apresentou que 82% dos recursos para o financiamento do PSF foram provenientes do Ministério da Saúde no ano de 2005 (ROSA; COELHO, 2011). Mendes e Marques (2014), ao analisar os dados do FNS sobre transferências federais para os municípios brasileiros, identificaram que a ESF, incluindo o

componente de eSB, foi um dos principais subcomponente do PAB variável, e corresponderam a sua maior parte dos recursos ao longo dos anos 1990 e 2000. Vasconcellos (2013) destaca que entre os anos de 2007 e 2010, a Bahia apresentou o maior crescimento de cobertura da ESF do Nordeste, com uma variação correspondente a mais de 12%.

Outro programa que se destacou no presente estudo pela participação significativa do PAB Variável foi o PMAQ-AB, o qual também é mencionado com destaque na literatura. Cabe destacar, dentre os resultados do estudo, o crescimento expressivo do valor per capita do PAB variável, em todos os grupos populacionais, do ano de 2011 para 2012, este último apresentando o maior valor per capita do PAB Variável de toda a série histórica na Bahia. Tal cenário pode ter sido motivado pela transferência dos recursos do PMAQ-AB através da adesão dos municípios baianos no seu ano de criação. O programa foi instituído juntamente com a segunda edição da Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, a qual destacava medidas para aumento do financiamento da Atenção Básica (MENDES; MARQUES, 2014; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Conforme apontam Pinto, Souza e Ferla (2014), a implantação do PMAQ-AB teve impacto significativo no financiamento global da AB, entre os anos de 2011 e 2014, 30% do aumento do PAB variável se deu pela criação deste componente de qualidade. Os autores apontaram ainda uma tendência de crescimento das transferências federais para o PMAQ-AB conforme a expansão da adesão dos municípios ao programa.

Ainda que a temática do financiamento da saúde por recursos próprios municipais não seja objeto do presente estudo, é importante abordar o tema frente a relação e importância das transferências federais para os municípios de grande porte, bem como pela possibilidade deste municípios terem maior facilidade em aderir a tal incentivos do PAB variável diante dos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Segundo Vazquez (2011), os incentivos financeiros do governo federal, induzem contrapartidas adicionais com recursos próprios dos gestores municipais para a manutenção dos programas e estratégias ministeriais, pois tais incentivos não cobrem inteiramente os custos de oferta dos programas. Os resultados do estudo de Simão e Orellano (2015), ao investigar a existência de uma relação positiva entre receita municipal per capita e o recebimento de recursos federais do SUS, revelaram que municípios com maior poder de arrecadação possuem mais recursos a serem destinados à saúde e por isso teriam mais incentivos para à adesão dos programas ministeriais, os quais impõe custos ao município. Neste sentido o estudo de Lima e Andrade (2009), analisando as condições de financiamento do SUS nos municípios brasileiros de grande porte, revelou que na região

Nordeste, pelo menos 68% destes municípios, possuíam receitas de transferências federais SUS superiores a arrecadação tributária própria (LIMA; ANDRADE, 2009).

A literatura aponta que, os municípios de pequeno porte costumam ter uma baixa capacidade de arrecadação de receitas, enfrentando dificuldades para o financiamento e desenvolvimento da política de saúde pública local (MENDES; MARQUES, 2014). O estudo de Vasconcellos (2013), corrobora tal afirmativa, ao destacar que as condicionalidades definidas pela União para adesão aos programas da política de atenção básica, dificultam a estruturação da atenção básica local. Assim, muitos municípios pequenos, por não se enquadrarem aos critérios estabelecidos, não conseguem captar tais incentivos, considerados fontes adicionais ao orçamento da saúde municipais (LIMA; ANDRADE, 2009), e por este motivo, precisam cobrir tal lacuna com os recursos próprios e o PAB fixo (VASCONCELLOS, 2013). Em contrapartida, tal característica não foi observada nos achados do presente estudo para os municípios baianos do estrato 1 na captação dos incentivos ministeriais, visto que os programas com maior participação do PAB variável se igualaram aos demais estratos de médio e grande porte, e o valor per capita do PAB variável foi o mais elevados no período analisado.

Autores têm mencionado que os recursos do PAB Variável são essenciais para complementar o financiamento da saúde de muitos municípios (DAIN, 2007; MENDES; MARQUES, 2014; SCATENA; TANAKA, 2000). Mendes, Carnut e Guerra (2018) frisam que o financiamento da AB, desde a criação do PSF, foi orientado por incentivos financeiros a programas oficiais do Ministério da Saúde (PAB variável), estimulando os municípios a aderirem programas e serviços que lhes adicionassem receita financeira, o que aumenta o poder da União na indução da política de saúde. Vasconcellos (2013), ao entrevistar os gestores da atenção básica dos municípios baianos sobre o financiamento federal da atenção básica, salienta que estes atores consideravam positiva tal indução financeira por parte do nível federal, tendo em vista as limitações orçamentárias e financeiras dos municípios de pequeno porte.

Outra questão importante a ser considerada é a dificuldade de gestão dos recursos por muitos municípios, seja pela baixa capacidade técnica, seja pela limitada alocação de recursos para resolução de problemas mais prevalentes e emergenciais da população local, considerando que uma parcela destes recursos já está condicionada a programas ministeriais (CABREIRA et al., 2018).

Os mecanismos do financiamento federal do SUS avançaram na perspectiva da regularidade das transferências, porém não se conseguiu adotar de forma mais consistente critérios de distribuição de recursos para os municípios, conforme o artigo 15 da Lei Orgânica

da Saúde, sendo as portarias do Ministério da Saúde responsáveis por orientar o financiamento do SUS, preservando de certa forma as diferenças progressas na distribuição regional dos recursos federais (PIOLA, S.F; BARROS, 2016).

Estudos têm destacado que a alocação de recursos financeiros deve favorecer os municípios com condições sanitárias e socioeconômicas mais precárias, sendo estes os critérios que deveriam ter maior peso para a alocação financeira em detrimento do porte populacional (MENDES; LEITE; MARQUES, 2011; TELES; COELHO; FERREIRA, 2017). Apesar da análise dos dados aqui apresentados ter como referência o porte populacional dos municípios, ao observar os resultados sobre valores per capita (PAB fixo e Variável) federais destinados a atenção básica dos municípios baianos, o estrato 1 (pequeno porte) se destaca dos demais por apresentarem um valor superior em todo o período. Tal revelação aponta para um cenário relativamente mais equitativo, indo na contramão do contexto brasileiro para alocação de recursos para a saúde, que no geral é caracterizado por favorecer os municípios e regiões que dispõem de maior capacidade instalada em detrimento dos que apresentam maior necessidade de serviços.

Neste sentido, o financiamento federal da saúde, contemplada a política de atenção básica, para tornar-se mais equânime, deve corrigir também as desigualdades entre as distintas capacidades de manutenção do financiamento dos estados e municípios brasileiros (MENDES; LEITE; MARQUES, 2011).

Por fim, cabe salientar que a transferência federal dos recursos financeiros é condição necessária, mas não suficiente para efetivação de ações e serviços em saúde relacionadas as necessidades de saúde da população local. Aspectos como a qualidade dos gastos, distribuição equitativa e uma gestão racional destes recursos, que evite desperdícios, são aspectos fundamentais (TELES; COELHO; FERREIRA, 2016).

Como limitações dos resultados do presente estudo, cita-se a utilização de dados secundários, disponibilizados pelo Fundo Nacional de Saúde. Destaca-se também que a escolha pela classificação das transferências federais por data de realização da ordem bancária pode ter influenciado os resultados encontrados, tendo em vista que existem algumas diferenças temporais em comparação ao ano de competência de transferências das parcela mensais .

Salienta-se que mudanças recentes ocorridas no financiamento federal do sistema de saúde brasileiro, que apontam para o desfinanciamento da atenção básica, em especial, a extinção do formato de repasse do BLAB e o estabelecimento de um novo modelo de

financiamento federal da atenção básica em 2019 (Programa Previne Brasil), em meio a EC 95 de congelamento dos gastos, podem dificultar a comparação entre os resultados do presente estudos com dados mais atuais e, conseqüentemente, a continuidade do monitoramento da política de financiamento federal da AB, principalmente por dois fatores. O primeiro refere-se à indisponibilidade de dados detalhados sobre os recursos alocados à atenção básica pelo Ministério da Saúde, dada as mudanças nas definições e agrupamentos da ação detalhada/programa disponíveis ao público no portal do FNS. O segundo fator diz respeito à modificação, em 2019, dos critérios de distribuição de recursos federais para a atenção básica dos municípios, estabelecidos pelo Programa Previne Brasil. Além de extinguir os componentes fixo e variável do PAB, o referido programa define uma nova conformação para o financiamento da atenção básica composta por: i) capitação ponderada, ii) pagamento por desempenho, iii) incentivo para ações estratégicas, e iv) incentivo financeiro com base em critério populacional (BRASIL, 2021).

Cabe ainda destacar que os repasses regulares de base populacional e de incentivos para custeio de equipes de atenção básica, o NASF e o PMAQ deixaram de existir com o novo modelo de financiamento. Desta forma, os Pisos de Atenção Básica (PAB) Fixo e Variável foram substituídos pela capitação ponderada – número de cadastros realizados -, e as ações e programas vinculados ao PAB variável passaram a compor o eixo “incentivos para ações estratégicas.

Estudos têm apontado para os possíveis impactos ocasionados pela nova política de financiamento da AB, que incluem a limitação da universalidade, ampliação das distorções no financiamento, e contribuição para o retrocesso de conquistas históricas para redução das desigualdades em saúde. Ao adotar a capitação ponderada como critério de transferências federais para AB, em substituição transferência per capita, acaba-se com o caráter pré-fixado do financiamento deste nível de atenção, estabelecido pela NOB 96, com a criação do PAB fixo. O desestímulo à manutenção do NASF coloca em risco a integralidade do cuidado na AB (MASSUDA, 2020; SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021). Tais efeitos podem acentuar a distribuição desigual dos recursos federais destinados à atenção básica dos municípios brasileiros, principalmente considerando a relevância do PAB variável para o financiamento dos municípios, especialmente os de pequeno e médio porte, considerando a extinção de dois programas ministeriais cuja participação no PAB variável mostrou-se significativa (NASF e PMAQ), a partir dos resultados apresentados no presente estudo.

Como potencialidades, enfatiza-se o caráter inovador do objeto do estudo sobre a análise

do financiamento federal da atenção básica no período de vigência dos blocos de financiamento, temática escassa na literatura. Também, por ter como base de categorização dos municípios, o porte populacional, fator importante na definição do nível de operacionalização da política de atenção básica local, em um contexto prévio ao Programa Previne Brasil.

Outra potencialidade que merece destaque, refere-se ao cenário do estudo, a Bahia é um dos estados mais populosos do Brasil, e caracteriza-se por uma distribuição populacional desigual nos seus 417 municípios, cenário que reflete em diferentes níveis de desenvolvimento da política de atenção básica em seu território. Ademais, a análise dos dados do presente estudo seguiu o rigor metodológico necessário, com a realização da atualização monetária dos dados financeiros para considerar as alterações da inflação sobre os valores financeiros, permitindo a comparabilidade destes ao longo da série histórica estudada.

Isto posto, em um cenário marcado por uma nova política de financiamento da AB, com a vigência do Previne Brasil a partir de 2020, o presente estudo torna-se ainda mais relevante por contribuir com o monitoramento e análise da política de financiamento federal da AB no período de vigência do Bloco de Atenção Básica e seus componentes fixo e variável do PAB.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados no presente estudo demonstraram um aumento do financiamento federal da atenção básica, em valores reais, para os municípios do estado da Bahia, refletindo a priorização, pelo Ministério da Saúde, para este nível de atenção relatada na literatura. Merecem destaque os municípios baianos de pequeno porte para os quais foi verificado o maior incremento do PAB total no período analisado. Os achados também reforçaram a importância da participação do PAB variável no Bloco de Atenção Básica, principalmente para os municípios de pequeno e médio porte, com destaque para os programas ministeriais SF, ACS, PMAQ e NASF.

Foram observadas diferenças na distribuição dos recursos federais segundo porte populacional, com um cenário que aponta para uma perspectiva mais equitativa. Os municípios dos estratos 1 e 2 (até 50 mil hab.) receberam os maiores valores per capita destinados ao PAB total, bem como para seus componentes fixo e variável, enquanto os municípios dos estratos 3 e 4 (acima de 50 mil hab.) receberam os menores valores por habitante em todo o período analisado. Cabe salientar que os municípios pequenos são caracterizados pela sua maior limitação de arrecadação financeira e portanto, possuem maior dependência dos recursos federais para o desenvolvimento da política de atenção básica local.

Destaca-se ainda que os dados revelaram que mais da metade dos municípios da Bahia de grande porte populacional receberam repasses federais referente ao valor do PAB fixo per capita abaixo do preconizado pelas portarias do Ministério da Saúde, em nove dos dez anos estudados. O estudo também expôs a participação significativa das emendas parlamentares, através do incentivo temporário do PAB, no financiamento federal da atenção básica, principalmente dos municípios de pequeno porte. Assim, recomendam-se estudos sobre a utilização de emendas parlamentares no âmbito da saúde, em especial da atenção básica, com o intuito de esclarecer e tornar mais transparentes os critérios utilizados para habilitação dos municípios e investigar se a finalidade destes recursos poderiam ou não compensar alguma desigualdade regional ou estrutural da rede de saúde.

O presente estudo não tem pretensão de generalizar seus achados para todos os municípios, porém pode-se supor certo grau de similaridade para os municípios brasileiros, ao considerar o fator porte populacional, em especial aqueles da região nordeste, tendo em vista suas características comuns, socioeconômicas e de saúde, sobretudo no que se refere à estruturação da rede de serviços de saúde.

Devido à complexidade da temática do financiamento do SUS, a interpretação dos seus dados financeiros não se configura uma tarefa simples. Múltiplos são os fatores que devem ser considerados para sua análise, como contexto histórico, político, econômico e social. Associam-se a tal complexidade, a disponibilidade de dados detalhados e claros sobre repasse, alocação e execução orçamentárias do SUS nas três esferas governamentais.

Ao reconhecer a relevância da estrutura do financiamento na condução, execução e manutenção das políticas de saúde, recomendam-se estudos sobre o financiamento da atenção básica, no âmbito local, considerando os fatores porte populacional e região geográfica, para a melhor compreensão de padrões de alocação dos recursos federais analisados. Também, é importante destacar a necessidade de estudos na perspectiva de acompanhamento da política de financiamento da atenção básica, baseada em fatores relacionados a necessidades de saúde, mediante alocação e execuções orçamentárias nas diferentes regiões do Brasil (SANTANA; VILASBÔAS, 2018), com vistas a identificar se a distribuição de recursos federais tem contribuído para a redução das desigualdades de saúde no território brasileiro.

A partir de 2015, evidencia-se os caminhos para o desfinanciamento do sistema de saúde pública brasileiro, diante da manutenção das medidas de austeridade fiscal por longo prazo (EC 95/2016), bem como com a prorrogação e o aumento do percentual da desvinculação da receita (DRU) com a EC 143/2015. Tais caminhos impactam diretamente na consolidação do SUS, e consequentemente, da atenção básica no território brasileiro.

Frente a este cenário de contração significativa de gastos públicos das políticas sociais, o Ministério da Saúde, em 2019, aposta em uma das principais mudanças para o financiamento do SUS, com o lançamento do Programa Previne Brasil. Esta nova política de financiamento da AB pode gerar impacto no SUS, bem como na saúde da população, e por isso aponta-se a necessidade de desenvolver estudos para verificar os efeitos do Previne Brasil sobre a distribuição dos recursos federais para atenção básica, identificando se os novos critérios distributivos podem potencializar as desigualdades de saúde no território brasileiro.

Por fim, diante da caracterização de enormes desigualdades sociais na sociedade brasileira, é necessário que o financiamento do SUS, para o atendimento do direito à saúde, considere as diferentes necessidades de saúde dos grupos populacionais, considerando a enorme heterogeneidade dos municípios brasileiros.

REFERÊNCIAS

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.; MEDINA, M.G.; NUNES, C.A.; SOUSA, M.F. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In.: Paim, J.S., Almeida-Filho, N., **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Medbook, 2014. Cap. 25, p. 353- 371.

ARAÚJO, C. E. et al. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 953–963, 2017.

BAPTISTA, T. W. DE F. et al. As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 12, p. 2267–2279, dez. 2012.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Plano Estadual de Saúde 2016-2019. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 40, supl. 3, out./dez. 2016, Salvador, 2016.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Diretoria de Atenção Básica. **Plano Estadual de Atenção Básica (PEAB)**. 2013, 48 p. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/PEAB_WEB.pdf. Acesso 08 Out 2017.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 20 set. 1990a. Seção I, p. 18055.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 31 dez.1990b. Seção I, p. 25694.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 1993. Portaria MS n. 545 de 20 maio 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da NO B SUS 01/93. Disponível em <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf> Acesso em: 12 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 1996. Portaria MS n. 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. Disponível em <http://www.portalsocial.ufsc.br/legislacao/saude/nob96.pdf> Acesso em: 12 fev. 2017.

_____. Portaria GM/MS n.º 84, de 6 de fevereiro de 1998 – Define o valor máximo do PAB fixo.

_____. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização

da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União** 1998; 17 nov (republicado). 1998 b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2000, v. 34, n. 3 [Acessado 17 Julho 2021], pp. 316-319. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000300018>>. Epub 06 Ago 2001. ISSN 1518-8787.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. estabelece incentivo financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União** de 29/12/00, seção 1, página 85.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, De 26 de Janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Gabinete do Ministro 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2034/GM, de 07 de novembro de 2001. Definir que o Piso de Atenção Básica Ampliado – PAB Ampliado – consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao financiamento do conjunto de procedimentos da atenção básica à saúde constante do ANEXO desta Portaria. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%202034.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Atenção Básica (PAB): parte fixa / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – 2. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28 p.: il. col. – (Série C. Projetos, Programas e Relatório)

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. PROESF Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Brasília – DF, junho de 2003. p 18. 2003

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.350, de 24 de julho de 2002. Instituiu o Incentivo Financeiro Adicional vinculado ao Programa de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port_1350.pdf>. Acesso em 10 maio 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.434/GM, de 14 de julho de 2004. Define mudanças no financiamento da Atenção Básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1434.htm>>. Acesso 11 de Julho de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html> Acesso em 12 abril 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.133/GM de 11 de setembro de 2006 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 municípios e ao Distrito Federal, e divulga os valores anuais/mensais da parte fixa do PAB, por município e Distrito Federal. **DOU- 175 SEÇ-1 PG- 45/110 DE 12.09.06**

_____. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta N°47, de 23 de junho de 2006. DOU de 26/06/2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria N° 650, De 28 De Março De 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

_____. Ministério da Saúde. Portaria N° 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. DOU de 31/01/2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.143, de 09 de outubro de 2008. Define critérios para o incentivo financeiro referente à inclusão do microscopista na Atenção Básica para realizar, prioritariamente, ações de controle da malária junto às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde - eACS e/ou às Equipes de Saúde da Família – eSF.

_____. Ministério da Saúde . Portaria nº 3.067 de 23/12/2008 – Define o valor mínimo da parte fixa do Piso da Atenção Básica – PAB, para efeito de 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, por Município e Distrito Federal.

_____. 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 a 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: 10 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.007, de 1º de setembro de 2009. 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, por Município e para o Distrito Federal. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2007_01_09_2009.html> Acesso em 20 maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.170, de 19 de outubro de 2010. Atualiza a base populacional utilizada para o cálculo do montante de recursos do Piso de Atenção Básica -

PAB, 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. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3170_19_10_2010.html> Acesso em 20 maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 1.602, de 9 de julho de 2011. 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. **Diário Oficial da União** 2011; 10 jul.

_____. Ministério da Saúde. Portaria N° 122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Publicada no D.O.U., de 26/01/2012, Seção 1, páginas 46 e 47, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria N° 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

_____. Lei Complementar n° 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o parágrafo 3° 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 critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e outras providências **Diário Oficial da União**. 14 Jan 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 953, de 15 de maio de 2012. 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. Disponível em : < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0953_15_05_2012.html> Acesso em 25 maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 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 Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1409_10_07_2013.html> Acesso em 10 abril 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria N° 600, de 10 de Junho de 2015. Regulamenta a aplicação das emendas parlamentares que adicionarem recursos à Rede SUS no exercício de 2015, para incremento do Teto de Média e Alta Complexidade e do Piso de Atenção Básica, com base no disposto no art. 36, § 6°, da Lei n° 13.080, de 2 de janeiro de 2015, e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Emenda Constitucional n° 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. 2015 Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm Acesso em: 09 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 606, de 3 de Março de 2017. Altera o art. 14 da Portaria nº 482/GM/MS, de 1º de abril de 2014, que institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional(PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) . **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 mar. 2017. p. 72, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.920, de 31 de Outubro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para inclusão do Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde - PIUBS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 mar. 2017. p. 72, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.947, de 28 de dezembro de 2017. Atualiza a base populacional para o cálculo do montante de recursos do componente Piso da Atenção Básica Fixo PAB Fixo da Portaria 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013 e do Anexo I; e altera o Anexo II. Publicado em: 29/12/2017 | Seção: 1 - Extra | Página: 23

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 828, DE 17 DE ABRIL DE 2020 . Altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde. **Diário Oficial Da União**. Publicado em: 24/04/2020 | Edição: 78 | Seção: 1 | Página: 203

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS Nº 2.254, De 3 De Setembro De 2021. Altera o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial Da União**. Publicado em: 06/09/2021 | Edição: 169 | Seção: 1 | Página: 70. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.254-de-3-de-setembro-de-2021-343018326>> Acesso em 17 de set 2021.

CABREIRA, F. DA S. et al. Municipal spending on primary health care in rio grande do sul state, Brazil: An ecological study. **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 12, 2018.

CALVO, M. C. M. et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 767–776, out. 2016.

CASTRO, A. L. B. DE; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 693–705, abr. 2010.

CARRILLO ROA, A . Financiamento dos sistemas de saúde na América do Sul. In: MARQUES, S.F.P; PIOLA, S.F; ROA, A. . (Ed.). . **Sistema de Saúde no Brasil: Organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABRES; Ministério da Saúde; OPAS/OMS, 2016. p. 75–98.

COELHO, TCB; SCATENA, JHG. Financiamento do SUS. In: PAIM, JS; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

CONASS, C. N. DE S. DE S. **Para entender a gestão do SUS - PROGESTORES 2003 - Programa de Informação e Apoio Técnico às Novas Equipes Gestoras Estaduais do SUS de 2003**. [s.l: s.n.]. v. 13

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de

integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. suppl, p. 1851–1864, 2007.

E-GESTOR. Relatório Histórico de Cobertura. Ministério da Saúde 2017. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). 2019. Disponível em: <
<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>>
 Acesso em 20 de jun 2019.

FERREIRA, M. P. S. et al. FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA EM UMA MACRORREGIÃO DA BAHIA. **Revista de Saúde Coletiva da UEFES**, v. 5, n. 1, p. 27, 3 mar. 2015.

FIOCRUZ. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

GIL, A. C. Como Classificar as Pesquisas? Como elaborar projetos de pesquisa, v. 4., n. São Paulo: Atlas, p. 41–57, 2002.

KOERICH, C. et al. Financiamento em Saúde: Análise Da Produção Científica no Período 2007-2013. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 1–16, 2016.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. DE; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269–291, 2001.

LIMA, L. D. DE; ANDRADE, C. L. T. DE. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 10, p. 2237–2248, out. 2009.

LINS, J. G. M. G.; MENEZES, T. A. DE; CIRÍACO, J. DA S. O SUS e a Atenção Primária No Brasil: uma Análise Sobre o seu Financiamento pelo Piso Da Atenção Básica Fixo. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, v. n. 55, n. 55, p. 191–228, 25 jan. 2021.

LOBATO, M. A. . Revisão sistemática de metodologias de financiamento em sistemas universais de saúde. Tese, p. 120, 2016.

MACHADO, E. N. D. M.; FORTES, F. B. C. T. P.; SOMARRIBA, M. Efeitos da introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e a prestação de serviços: o caso de Minas Gerais. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 1, p. 99–111, 2004.

MARQUES, R.M. O direito à saúde no mundo. In **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento** / Rosa Maria Marques, Sérgio Francisco Piola, Alejandra Carrillo Roa (Organizadores). Rio de Janeiro: ABrES: Brasília, Ministério da Saúde. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016. 260p

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181–1188, 17 abr. 2020.

MELAMED, C.; COSTA, N. DO R. Brazilian federal financing innovations in Basic Health. **Ciência & saúde coletiva**, v. 8, n. 2, p. 383–401, 2003.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. DA S. Reflexões acerca do financiamento

federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. RIO DE JANEIRO, NÚMERO ESPECIAL, p. 224–243, 2018.

MENDES, Á.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, S.F.P; PIOLA, S.F; ROA, A. . (Ed.). . **Sistema de Saúde no Brasil: Organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Ministério da Saúde; OPAS/OMS, 2016. p. 139–168.

MENDES, Á.; LEITE, M. G.; MARQUES, R. M. Discutindo uma Metodologia para a Alocação Equitativa de Recursos Federais para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 3, p. 673–690, set. 2011.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 900–916, 2014.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A. DE; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, p. 358–372, 2014.

PORTO, S. et al. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1393–1404, jun. 2007.

PIOLA, S.F; BARROS, M. E. . Financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, S.F.P; PIOLA, S.F; ROA, A. . (Ed.). . **Sistema de Saúde no Brasil: Organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Ministério da Saúde; OPAS/OMS, 2016. p. 101–138.

PIOLA, S. F. et al. Financiamento público da saúde: Uma história a procura de rumo. Texto para discussão. **Ipea**, p. 46, 2013.

ROSA, M. R. R.; COELHO, T. C. B. O que dizem os gastos com o programa saúde da família em um município da bahia? **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1863–1873, mar. 2011.

SANTANA, A.S; VILASBÔAS, A.Q. O financiamento federal da Atenção Básica segundo regiões: transferências para municípios brasileiros, 2008 a 2016. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, N. 58, P. 72-89, JUL 2018.

SANTOS, R.J.M.; LUIZ, V. . Transferências federais no financiamento da descentralização. In: MARQUES, S.F.P; PIOLA, S.F; ROA, A. . (Ed.). . **Sistema de Saúde no Brasil: Organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Ministério da Saúde; OPAS/OMS, 2016. p. 169–204.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. A descentralização da saúde no Estado de Mato Grosso, Brasil: financiamento e modelo de atenção. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 8, n. 4, p. 242–249, out. 2000.

SESAB. Manual dos Novos Gestores: Conhecendo a Atenção Básica (E. M. R. C. Machado et al., Eds.)Bahia, Salvador, 2017.

SETA, M. H. DE; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. suppl 2, p.

3781–3786, 30 ago. 2021.

SIMÃO, J. B.; ORELLANO, V. I. F. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. **Estudos Econômicos** (São Paulo), v. 45, n. 1, p. 33–63, mar. 2015.

SOUZA, C. Federalismo e conflitos distributivos: Disputa dos estados por recursos orçamentários federais. **Dados**, v. 46, n. 2, p. 345–384, 2003.

SOUZA, L.E.P.F., BAHIA, I. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infraestrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: Paim, J.S., ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p.49-68.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **UNESCO**, Ministério da Saúde, 2002., 2002.

TAKAMATSU, R. T. A Importância da Atualização Monetária de Valores para a Análise das Demonstrações Financeiras 1 Introdução. **Contab. Vista & Rev**, v. 17, n. 2, p. 67–87, 2006.

TELES, A. S. et al. Blocos de financiamento : transferências federais para o estado da bahia. **Rev. Saúde.Com** v. 12, n. 2, p. 542–550, 2016.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. DA S. Sob o prisma da equidade: Financiamento federal do sistema único de saúde no Estado da Bahia. **Saude e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 787–800, 2016.

TELES, A. S; COELHO, T. C. B. Financiamento da saúde no Brasil: embates históricos. In: COELHO, T.C.B; TELES, A.S; FERREIRA, M.P.S. **Financiamento do SUS: abrindo a caixa- preta. Feira de Santana: UEFS** Editora, 2016, p. 31- 42.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. DA S. Gasto Público em Saúde na Bahia: explorando indícios de desigualdades. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 113, p. 457–470, abr. 2017.

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. p. 163, Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo 2013.

VAZQUEZ, D. A. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1201–1212, 2011.

UGÁ, MA; Porto, SP; Piola, SF. Cap. 13. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. In: Giovanela, L e cols. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

WHO. The World health report 2000. **Health systems : improving performance.**, p. 206, 2000.

APÊNDICE A – Lista de Distribuição dos Municípios da Bahia de acordo como Censo 2010 do IBGE, segundo estratos populacionais analisados.

ESTRATOS POPULACIONAIS	(N)	POP. (habitantes)	MUNICÍPIOS
Estrato 1	248	Até 20.000	Abaíra, Abaré, Acajutiba, Adustina, Água Fria, Aiquara, Almadina, América Dourada, Andaraí, Andorinha, Angical, Anguera, Antas, Antônio Cardoso, Antônio Gonçalves, Aporá, Apuarema, Araças, Aracatu, Aramari, Arataca, Aratuípe, Aurelino Leal, Baianópolis, Banzaê, Barra do Mendes, Barra do Rocha, Barro Alto, Barro Preto, Barrocas, Belo Campo, Biritinga, Boa Nova, Boa Vista do Tupim, Bom Jesus da Serra, Boninal, Bonito, Botuporã, Brejões, Brejolândia, Brotas de Macaúbas, Buerarema, Buritirama, Caatiba, Cabaceiras do Paraguaçu, Caém, Caetanos, Cafarnaum, Cairu, Caldeirão Grande, Canápolis, Candeal, Candiba, Canudos, Capela do Alto Alegre, Caraíbas, Cardeal da Silva, Catolândia, Caturama, Central, Chorrochó, Cipó, Cocos, Conceição do Almeida, Condeúba, Contendas do Sincorá, Cordeiros, Coribe, Coronel João Sá, Cotegipe, Cravolândia, Cristópolis, Dário Meira, Dom Basílio, Dom Macedo Costa, Elísio Medrado, Érico Cardoso, Fátima, Feira da Mata, Filadélfia, Firmino Alves, Floresta Azul, Gavião, Gentio do Ouro, Glória, Gongogi, Governador Mangabeira, Guajeru, Heliópolis, Ibiassucê, Ibicoara, Ibicuí, Ibipeba, Ibipitanga, Ibiquera, Ibirapuã, Ibirataia, Ibitiara, Ibititá, Ichu, Igaporã, Igrapiúna, Ipecaetá, Ipupiara, Irajuba, Iramaia, Itaeté, Itagi, Itagibá, Itagimirim, Itaguaçu da Bahia, Itaju do Colônia, Itamari, Itanagra, Itapé,

		<p>Itapebi, Itapitanga, Itaquara, Itarantim, Itatim, Itiruçu, Itororó, Ituaçu, Iuiú, Jaborandi, Jacaraci, Jaguaripe, Jandaíra, Jiquiriçá, Jitaúna, Jucuruçu, Jussara, Jussari, Jussiape, Lafaiete Coutinho, Lagoa Real, Lajedão, Lajedinho, Lajedo do Tabocal, Lamarão, Lençóis, Licínio de Almeida, Macajuba, Macarani, Macururé, Madre de Deus, Maetinga, Maiquinique, Mairi, Malhada, Malhada de Pedras, Manoel Vitorino, Mansidão, Maraú, Marcionílio Souza, Mascote, Matina, Milagres, Mirangaba, Mirante, Morpará, Mortugaba, Mucugê, Mulungu do Morro, Muniz Ferreira, Muquém de São Francisco, Nilo Peçanha, Nordestina, Nova Canaã, Nova Fátima, Nova Ibiá, Nova Itarana, Nova Redenção, Novo Horizonte, Novo Triunfo, Ouriçangas, Ouroândia, Palmeiras, Pau Brasil, Pé de Serra, Pedrão, Pedro Alexandre, Piatã, Pindaí, Pintadas, Piraí do Norte, Piripá, Planaltino, Ponto Novo, Potiraguá, Presidente Dutra, Presidente Jânio Quadros, Quixabeira, Retirolândia, Ribeira do Amparo, Ribeirão do Largo, Rio de Contas, Rio do Antônio, Rio do Pires, Rodelas, Salinas da Margarida, Santa Bárbara, Santa Brígida, Santa Cruz da Vitória, Santa Inês, Santa Luzia, Santa Teresinha, Santanópolis, São Domingos, São Félix, São Félix do Coribe, São Gabriel, São José da Vitória, São José do Jacuípe, São Miguel das Matas, Sapeçu, Sátiro Dias, Saubara, Saúde, Sebastião Laranjeiras, Serra Dourada, Serra Preta, Serrolândia, Sítio do Mato, Sítio do Quinto, Souto Soares, Tabocas do Brejo Velho, Tanque Novo, Tanquinho, Taperoá, Tapiramutá, Teodoro</p>
--	--	---

			Sampaio, Teolândia, Terra Nova, Tremedal, Ubaíra, Uibaí, Umburanas, Urandi, Uruçuca, Utinga, Várzea da Roça, Várzea do Poço, Várzea Nova, Varzedo, Vereda, Wagner, Wanderley
Estrato 2	126	> 20.000 até 50.000	Alcobaça, Amargosa, Amélia Rodrigues, Anagé, Baixa Grande, Barra, Barra da Estiva, Barra do Choça, Belmonte, Boquira, Cachoeira, Caculé, Caetité, Camacan, Camamu, Campo Alegre de Lourdes, Canarana, Canavieiras, Cândido Sales, Cansanção, Capim Grosso, Caravelas, Carinhanha, Castro Alves, Cícero Dantas, Coaraci, Conceição da Feira, Conceição do Jacuípe, Conde, Coração de Maria, Correntina, Crisópolis, Curaçá, Encruzilhada, Entre Rios, Esplanada, Formosa do Rio Preto, Gandu, Guaratinga, Iaçú, Ibicaraí, Ibirapitanga, Ibotirama, Iguaiá, Inhambupe, Ipiauí, Iraquara, Irará, Itabela, Itacaré, Itajuípe, Itambé, Itanhém, Itaparica, Itapicuru, Itiúba, Ituberá, Jaguarari, Jeremoabo, João Dourado, Laje, Lapão, Livramento de Nossa Senhora, Macaúbas, Maracás, Maragogipe, Mata de São João, Medeiros Neto, Miguel Calmon, Morro do Chapéu, Mucuri, Mundo Novo, Muritiba, Mutuípe, Nazaré, Nova Soure, Nova Viçosa, Olindina, Oliveira dos Brejinhos, Palmas de Monte Alto, Paramirim, Paratinga, Paripiranga, Pilão Arcado, Pindobaçu, Piritiba, Planalto, Poções, Pojuca, Prado, Presidente Tancredo Neves, Queimadas, Quijingue, Rafael Jambeiro, Remanso, Riachão das Neves, Riachão do Jacuípe, Riacho de Santana, Ribeira do Pombal, Rio Real, Ruy Barbosa, Santa Cruz Cabralia, Santa Maria da

			Vitória, Santa Rita de Cássia, Santa luz, Santana, Santo Estêvão, São Desidério, São Felipe, São Francisco do Conde, São Gonçalo dos Campos, São Sebastião do Passé, Seabra, Sento Sé, Serra do Ramalho, Sobradinho, Tanhaçu, Teofilândia, Uauá, Ubaitaba, Ubatã, Una, Valente, Vera Cruz, Wenceslau Guimarães, Xique-Xique
Estrato 3	27	>50.000 até 100.000	Araci, Bom Jesus da Lapa, Brumado, Campo Formoso, Candeias, Casa Nova, Catu, Conceição do Coité, Cruz das Almas, Dias d'Ávila, Euclides da Cunha, Guanambi, Ipirá, Irecê, Itaberaba, Itamaraju, Itapetinga, Jacobina, Jaguaquara, Luís Eduardo Magalhães, Monte Santo, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, Senhor do Bonfim, Serrinha, Tucano, Valença
Estrato 4	16	> 100.000	Alagoinhas, Barreiras, Camaçari, Eunápolis, Feira de Santana, Ilhéus, Itabuna, Jequié, Juazeiro, Lauro de Freitas, Paulo Afonso, Porto Seguro, Salvador, Simões Filho, Teixeira de Freitas, Vitória da Conquista

APÊNDICE B - Volume e percentual do Incremento Temporário do Piso de Atenção Básica (emendas parlamentares), em comparação ao total PAB fixo, dos municípios da Bahia, segundo estrato populacional, 2015 a 2017.

ESTRATO 1

Município	2015			2016			2017		
	PAB FIXO	ITAPAB		PAB FIXO	ITAPAB		PAB FIXO	ITAPAB	
	Valores em R\$	Valores em R\$	% do PAB fixo	Valores em R\$	Valores em R\$	% do PAB fixo	Valores em R\$	Valores em R\$	% do PAB fixo
Abaíra	-	-	-	265.304,41	57.209,63	21,56	-	*	-
Adustina	-	-	-	-	-	-	469.032,01	102.950,00	21,95
Aiquara	-	-	-	-	-	-	130.754,74	360.325,00	275,57
Almadina	-	-	-	-	-	-	176.703,34	308.850,00	174,78
Andorinha	-	-	-	-	-	-	409.588,59	205.900,00	50,27
Angical	-	-	-	-	-	-	403.333,39	1.029.500,00	255,25
Anguera	353.562,44	363.303,78	102,76	-	-	-	-	-	-
Aramari	-	-	-	-	-	-	302.182,92	205.900,00	68,14
Aratuípe	-	-	-	-	-	-	248.825,99	154.425,00	62,06
Barra do Rocha	-	-	-	184.999,27	437.702,24	236,60	-	-	-
Barro Preto	-	-	-	187.572,96	164.138,34	87,51	176.472,77	308.850,00	175,01
Belo Campo	-	-	-	-	-	-	508.058,25	513.720,50	101,11
Biritinga	-	-	-	-	-	-	428.527,27	771.095,50	179,94
Boa Nova	-	-	-	-	-	-	426.838,98	102.950,00	24,12
Brejões	-	-	-	432.716,86	148.599,91	34,34	407.109,64	102.950,00	25,29
Brotas de Macaúbas	355.325,63	191.912,80	54,01	-	-	-	-	-	-
Buerarema	-	-	-	567.682,30	54.712,78	9,64	534.088,13	51.475,00	9,64

Buritirama	-	-	-	-	-	-	572.282,62	272.817,50	47,67
Caatiba	-	-	-	346.309,97	351.494,60	101,50	-	-	-
Cabaceiras do Paraguaçu	-	-	-	538.697,70	437.702,24	81,25	-	-	-
Caetanos	-	-	-	-	-	-	430.256,83	514.750,00	119,64
Cairu	-	-	-	-	-	-	460.437,66	257.375,00	55,90
Caldeirão Grande	-	-	-	-	-	-	364.879,47	205.900,00	56,43
Canápolis	-	-	-	-	-	-	270.820,31	205.900,00	76,03
Canudos	-	-	-	-	-	-	459.515,31	257.375,00	56,01
Capela do Alto Alegre	-	-	-	-	-	-	321.801,07	102.950,00	31,99
Cardeal da Silva	-	-	-	-	-	-	260.298,78	575.490,50	221,09
Caturama	-	-	-	-	-	-	254.158,84	1.008.910,00	396,96
Chorrochó	-	-	-	330.719,06	656.553,36	198,52	311.147,84	363.759,41	116,91
Cipó	-	-	-	-	-	-	457.872,23	555.930,00	121,42
Condeúba	-	-	-	-	-	-	502.177,75	792.715,00	157,86
Cordeiros	-	-	-	-	-	-	237.670,33	205.900,00	86,63
Coribe	-	-	-	-	-	-	409.617,50	514.750,00	125,67
Cotegipe	-	-	-	-	-	-	392.437,16	463.275,00	118,05
Cravolândia	-	-	-	-	-	-	145.513,69	72.065,00	49,52
Dom Basílio	-	-	-	-	-	-	330.173,00	205.900,00	62,36
Érico Cardoso	-	-	-	-	-	-	309.764,20	190.457,50	61,48
Fátima	-	-	-	537.870,44	109.425,56	20,34	-	-	-
Fátima	-	-	-	-	-	-	506.040,47	926.550,00	183,10
Floresta Azul	-	-	-	326.521,45	912.086,12	279,33	307.198,64	102.950,00	33,51
Glória	-	-	-	463.080,22	328.276,67	70,89	435.676,16	679.232,20	155,90
Governador Mangabeira	-	-	-	-	-	-	574.386,88	257.375,00	44,81
Guajeru	-	-	-	281.328,78	601.840,58	213,93	264.680,37	205.900,00	77,79
Ibicuí	-	-	-	479.502,85	312.801,72	65,23	-	-	-

Ibipeba	-	-	-	-	-	-	498.026,80	257.375,00	51,68
Ibipitanga	-	-	-	437.680,40	285.502,23	65,23	-	-	-
Ibirataia	-	-	-	550.248,57	218.851,12	39,77	-	-	-
Igaporã	-	-	-	-	-	-	439.250,55	205.900,00	46,88
Ipecaetá	-	-	-	460.353,29	984.830,04	213,93	-	-	-
Irajuba	-	-	-	-	-	-	203.108,04	102.950,00	50,69
Itiruçu	-	-	-	-	-	-	362.890,47	463.275,00	127,66
Itororó	676.200,32	1.211.012,60	179,09	611.006,02	2.188.511,20	358,18	-	-	-
Jacaraci	-	-	-	-	-	-	417.976,96	926.550,00	221,67
Jaguaripe	-	-	-	-	-	-	487.937,66	175.015,00	35,87
Jandaíra	-	-	-	317.942,53	153.195,78	48,18	-	-	-
Jucuruçu	-	-	-	305.533,67	163.283,73	53,44	287.452,87	514.750,00	179,07
Jussari	-	-	-	-	-	-	182.237,93	514.791,18	282,48
Lajedão	-	-	-	-	-	-	109.019,97	552.711,78	506,98
Lajedo do Tabocal	-	-	-	-	-	-	240.581,80	154.425,00	64,19
Lamarão	314.364,29	819.266,15	260,61	284.055,58	698.415,95	245,87	267.245,80	360.325,00	134,83
Macururé	-	-	-	244.868,14	273.563,90	111,72	-	-	-
Maetinga	-	-	-	282.002,80	36.644,41	12,99	265.314,50	308.850,02	116,41
Maiquinique	-	-	-	-	-	-	266.035,11	514.750,00	193,49
Mansidão	-	-	-	-	-	-	367.790,93	272.817,50	74,18
Maraú	-	-	-	588.639,48	328.276,68	55,77	553.805,11	205.900,00	37,18
Milagres	-	-	-	336.846,93	784.216,50	232,81	316.913,09	85.791,68	27,07
Mirante	-	-	-	-	-	-	291.620,25	205.900,00	70,61
Mortugaba	-	-	-	-	-	-	338.100,20	205.900,00	60,90
Mucugê	-	-	-	310.834,29	529.096,66	170,22	-	-	-
Muniz Ferreira	-	-	-	-	-	-	212.562,92	102.950,00	48,43
Muquém de São Francisco	-	-	-	-	-	-	300.741,70	411.800,00	136,93
Nordestina	-	-	-	381.702,66	218.851,12	57,34	-	-	-

Nova Canaã	-	-	-	492.371,29	326.459,00	66,30	463.233,86	1.710,11	0,37
Nova Fátima	-	-	-	-	-	-	219.942,34	705.207,50	320,63
Nova Itarana	-	-	-	231.723,94	242.924,74	104,83	-	-	-
Nova Redenção	-	-	-	-	-	-	232.135,74	102.950,00	44,35
Novo Triunfo	-	-	-	461.640,13	218.851,12	47,41	434.321,30	463.275,00	106,67
Ourolândia	-	-	-	-	-	-	477.877,43	205.900,00	43,09
Palmeiras	-	-	-	-	-	-	246.318,13	102.950,00	41,80
Piatã	-	-	-	-	-	-	497.450,24	308.850,00	62,09
Pintadas	-	-	-	-	-	-	295.466,54	89.566,50	30,31
Piripá	-	-	-	-	-	-	352.224,89	205.900,00	58,46
Ponto Novo	-	-	-	475.642,31	328.276,67	69,02	447.494,87	0,01	0,00
Presidente Jânio Quadros	-	-	-	-	-	-	370.529,45	205.900,00	55,57
Quixabeira	-	-	-	-	-	-	274.250,52	823.600,00	300,31
Ribeirão do Largo	-	-	-	324.512,40	273.563,90	84,30	305.308,48	140.012,00	45,86
Rio de Contas	-	-	-	394.969,37	262.621,34	66,49	371.595,97	222.372,00	59,84
Rio do Pires	-	-	-	-	-	-	344.413,09	875.075,00	254,08
Rodelas	-	-	-	-	-	-	231.905,21	205.900,00	88,79
Salinas da Margarida	-	-	-	-	-	-	401.286,70	305.761,50	76,20
Santa Bárbara	-	-	-	-	-	-	556.111,23	102.950,00	18,51
Santa Teresinha	-	-	-	-	-	-	704.274,39	272.817,50	38,74
São Domingos	-	-	-	-	-	-	267.101,76	308.850,00	115,63
São Félix	-	-	-	433.819,86	164.138,34	37,84	-	-	-
São José do Jacuípe	-	-	-	-	-	-	296.706,02	514.750,00	173,49
Sapeaçu	-	-	-	-	-	-	479.059,34	1.029.500,00	214,90
Sátiro Dias	-	-	-	583.798,45	218.851,12	37,49	549.250,56	1.029.500,00	187,44
Saubara	-	-	-	-	-	-	327.290,45	154.425,00	47,18
Saúde	-	-	-	365.249,43	143.742,51	39,35	-	-	-
Serra Preta	-	-	-	-	-	-	432.188,26	290.319,00	67,17

Sítio do Quinto	-	-	-	-	-	-	343.894,22	823.600,00	239,49
Souto Soares	-	-	-	-	-	-	463.204,95	411.800,00	88,90
Tanque Novo	-	-	-	-	-	-	470.526,80	205.900,00	43,76
Tanquinho	-	-	-	-	-	-	231.616,87	411.800,00	177,79
Tapiramutá	-	-	-	-	-	-	473.726,48	308.850,00	65,20
Teolândia	-	-	-	-	-	-	406.821,30	257.375,00	63,26
Terra Nova	-	-	-	-	-	-	368.770,98	514.750,00	139,59
Ubaíra	-	-	-	-	-	-	597.101,81	205.900,00	34,48
Uibaí	-	-	-	-	-	-	393.244,25	810.974,21	206,23
Umburanas	-	-	-	-	-	-	502.494,87	205.900,00	40,98
Uruçuca	-	-	-	-	-	-	566.200,25	308.850,00	54,55
Várzea da Roça	-	-	-	-	-	-	398.778,84	329.240,28	82,56
Várzea Nova	-	-	-	-	-	-	372.143,62	514.750,00	138,32
Varzedo	-	-	-	-	-	-	259.059,30	1.029.500,00	397,40

*MUNICÍPIOS com VALORES do ITPAB ABAIXO DE R\$0,10

ESTRATO 2

Município	2015			2016			2017		
	PAB FIXO	ITAPAB		PAB FIXO	ITAPAB		PAB FIXO	ITAPAB	
	Valores em R\$	Valores em R\$	% do PAB fixo	Valores em R\$	Valores em R\$	% do PAB fixo	Valores em R\$	Valores em R\$	% do PAB fixo
Alcobaça	-	-	-	-	-	-	614.800,89	267.432,19	43,50
Amélia Rodrigues	-	-	-	768.430,05	328.276,68	42,72	-	-	-
Anagé	-	-	-	-	-	-	644.698,68	1.853.100,00	287,44
Barra	-	-	-	-	-	-	1.341.936,82	308.850,00	23,02
Belmonte	-	-	-	-	-	-	636.103,38	205.900,00	32,37
Cachoeira	-	-	-	-	-	-	930.215,06	411.800,00	44,27
Camacan	-	-	-	-	-	-	909.027,95	411.800,00	45,30
Campo Alegre de Lourdes	-	-	-	-	-	-	811.624,81	308.850,00	38,05
Canavieiras	-	-	-	-	-	-	919.607,05	154.425,00	16,79
Carinhanha	-	-	-	873.798,07	328.276,68	37,57	-	-	-
Conceição da Feira	-	-	-	638.091,08	1.167.702,04	183,00	600.330,28	909.485,01	151,50
Conde	-	-	-	738.495,55	634.915,55	85,97	-	-	-
Coração de Maria	751.036,11	488.038,08	64,98	678.626,68	547.127,80	80,62	547.047,18	308.850,00	56,46
Curaçá	1.594.501,54	60.550,63	3,80	999.786,33	65.655,34	6,57	-	-	-
Encruzilhada	-	-	-	736.215,21	342.897,03	46,58	692647,64	257.375,00	37,16
Esplanada	-	-	-	1.030.027,17	109.425,56	10,62	969072,47	463.275,00	47,81
Formosa do Rio Preto	-	-	-	-	-	-	667869,59	581.667,50	87,09
Iaçu	-	-	-	-	-	-	729845,54	205.900,00	28,21
Ibicarai	-	-	-	-	-	-	679140,52	267.670,00	39,41
Ipiaú	-	-	-	-	-	-	1283852,39	299.584,50	23,33

Irará	943.126,88	84.563,47	8,97	-	-	-	-	-	-
Itajuípe	-	-	-	-	-	-	601829,19	308.850,00	51,32
Itambé	-	-	-	699.465,69	218.851,12	31,29	658072,87	92.655,00	14,08
Itanhém	-	-	-	-	-	-	576952,43	308.850,00	53,53
Lapão	-	-	-	-	-	-	743278,41	102.950,00	13,85
Livramento de Nossa Senhora	-	-	-	-	-	-	1254334,61	102.950,00	8,21
Macaúbas	-	-	-	-	-	-	1381197,83	823.600,00	59,63
Maracás	-	-	-	-	-	-	721341,78	102.950,00	14,27
Mata de São João	-	-	-	-	-	-	1197057,26	1.429.975,50	119,46
Miguel Calmon	-	-	-	-	-	-	754895,25	205.900,00	27,28
Mucuri	-	-	-	1.059.189,04	656.553,36	61,99	996508,6	617.700,00	61,99
Muritiba	-	-	-	-	-	-	1457211,99	1.060.385,00	72,77
Mutuípe	-	-	-	-	-	-	622872,25	386.062,50	61,98
Nazaré	-	-	-	841.167,37	54.712,78	6,50	791388,96	51.475,00	6,50
Nova Soure	-	-	-	743.459,10	274.418,51	36,91	699462,85	617.700,00	88,31
Paramirim	719.738,65	294.276,06	40,89	-	-	-	-	-	-
Paripiranga	-	-	-	856.609,50	273.563,90	31,94	805917,27	1.686.289,09	209,24
Pilão Arcado	-	-	-	-	-	-	956331,42	736.092,50	76,97
Planalto	-	-	-	754.550,51	547.127,80	72,51	709897,9	514.750,00	72,51
Poções	-	-	-	1.406.429,21	218.851,12	15,56	-	-	-
Prado	-	-	-	848.490,17	656.553,36	77,38	798278,42	823.600,00	103,17
Quijingue	-	-	-	-	-	-	788592,88	308.850,00	39,16
Rafael Jambeiro	-	-	-	702.126,96	273.563,90	38,96	660576,66	514.750,00	77,92
Riachão do Jacuípe	-	-	-	-	-	-	959069,8	2.882.600,00	300,56
Ribeira do Pombal	-	-	-	-	-	-	1380102,4	2.522.275,00	182,76
Santa Cruz Cabralia	-	-	-	-	-	-	767434,56	116.333,50	15,16
Santa Maria da Vitória	-	-	-	-	-	-	375458,69	102.950,00	27,42
Santana	-	-	-	765.580,61	437.702,24	57,17	-	-	-

Santo Estêvão	-	-	-	-	-	-	1409504,92	205.900,00	14,61
São Desidério	-	-	-	-	-	-	833676,7	282.874,69	33,93
São Francisco do Conde	-	-	-	-	-	-	810420,3	463.275,00	57,16
São Gonçalo dos Campos	-	-	-	-	-	-	986771,67	1.595.725,00	161,71
São Sebastião do Passé	-	-	-	-	-	-	1224672,65	205.900,00	16,81
Seabra	-	-	-	-	-	-	1215390,6	514.750,00	42,35
Una	-	-	-	-	-	-	662767,39	617.700,00	93,20
Valente	-	-	-	-	-	-	730508,45	411.800,00	56,37

ESTRATO 3

Município	2015			2016			2017		
	PAB FIXO	ITAPAB		PAB FIXO	ITAPAB		PAB FIXO	ITAPAB	
Estrato 3	Valores em R\$	Valores em R\$	% do PAB fixo	Valores em R\$	Valores em R\$	% do PAB fixo	Valores em R\$	Valores em R\$	% do PAB fixo
Araci	-	-	-	-	-	-	1.400.583,23	390.973,22	17,91
Bom Jesus da Lapa	-	-	-	-	-	-	1.732.895,58	1.029.500,00	27,15
Candeias	-	-	-	2.393.296,80	671.143,78	28,04	2.251.666,85	171.583,01	6,61
Casa Nova	-	-	-				1.775.481,92	308.850,00	12,91
Catu	-	-	-	1.471.865,66	875.404,48	59,48	1.384.763,94	167.570,69	9,74
Euclides da Cunha	-	-	-	1.620.605,72	425.693,88	26,27	-	-	-
Ipirá	-	-	-	-	-	-	1.579.279,77	308.850,00	14,06
Irecê	2.126.177,24	423.854,41	19,94	1.921.186,75	455.939,82	23,73	1.807.495,21	188.741,68	8,64
Itapetinga	-	-	-	-	-	-	1.871.093,60	10.192,05	0,54
Jaguaquara	-	-	-	-	-	-	1.382.114,00	736.092,50	25,79
Santo Amaro	-	-	-	-	-	-	1.551.897,13	360.325,00	15,86
Valença	-	-	-	-	-	-	2.417.568,71	514.750,00	14,93

ESTRATO 4

Município	2016			2017		
Estrato 4	PAB FIXO	ITAPAB		PAB FIXO	ITAPAB	
	Valores em R\$	Valores em R\$	% do PAB fixo	Valores em R\$	Valores em R\$	% do PAB fixo
Ilhéus	4.919.291,71	109.425,55	2,22	4.628.179,02	1.801.625,00	38,93
Itabuna	-	-	-	5.087.006,58	514.750,00	10,12
Jequié	-	-	-	3.764.807,38	1.080.975,00	28,71
Lauro de Freitas	-	-	-	4.226.105,74	514.750,00	12,18
Salvador	-	-	-	68.229.314,05	1.461.770,10	2,14
Simões Filho	-	-	-	2.999.946,53	258.404,50	8,61
Vitória da Conquista	-	-	-	7.804.861,87	308.850,00	3,96