

# Evolução do financiamento federal da Atenção Primária da Saúde – APS frente às políticas de financiamento federal

Natália Lima SOUSA<sup>(1)</sup>  
Maria Helena Lima SOUSA<sup>(1)</sup>  
Marcelo Gurgel Carlos da SILVA<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Secretaria de Saúde do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

## Resumo

O financiamento federal da Atenção Primária da Saúde – APS passou por mudanças significativas no Sistema Único de Saúde – SUS brasileiro à medida que a Política de Saúde neste nível de atenção foi evoluindo. Em 1994 inicia-se nova formatação da APS incorporando-se a estruturação do Programa Saúde da Família – PSF, como alternativa ao modelo tradicional baseado na doença. O programa iniciou timidamente motivada pela falta de estrutura de financiamento que lhe desse suporte. A criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF em 1997 em vigor até 2007 com recursos destinados à saúde, trouxe certa estabilidade para o financiamento da APS, sendo criado em 1998, o Piso de Atenção Básica – PAB pelo governo federal, garantindo recursos para um conjunto de procedimentos básicos no valor anual *per capita* de R\$ 10,00, como também o PAB variável, baseado em incentivos para alavancar o PSF, introduzindo assim, o princípio da igualdade no financiamento da APS preconizado na Constituição de 1988. A edição da Emenda Constitucional nº 29/2000 assegurou vinculação do financiamento das ações e serviços públicos de saúde nas três esferas de governo, onde estados e Distrito Federal aplicariam progressivamente entre 2000 e 2004 no mínimo 12% de recursos próprios e municípios 15%. O critério federal se diferenciou, vinculando o montante empenhado no exercício anterior acrescido do Produto Interno Bruto – PIB a partir de 2004, sendo regulamentado em 2012 pela Emenda Complementar nº 141, para sanar problemas na aplicação desses recursos ao logo dos doze anos. Em 2006 o Ministério da Saúde – MS redefiniu a Política Nacional da Atenção Básica – PNAB determinando que o somatório da parte fixa e variável do PAB comporia o Teto de Financiamento do Bloco Atenção Básica, conforme diretrizes do Pacto pela Vida em Defesa do SUS e da Gestão, fortalecendo progressivamente a APS. Em 2013 algumas portarias introduziram fórmulas alocativas tendo por princípio a distribuição equitativa dos recursos do PAB-fixo, com valores diferenciados a depender de indicadores de necessidades em saúde dos municípios. Este novo critério se afina com a formatação final da PNAB que se fundamenta nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios

**Recebido:** 28 jan 2019

**Aceito:** 10 fev 2019

**Autor de**

**correspondência:**

natalia.ls1@hotmail.com

**Conflito de interesses:**

Os autores declaram não haver nenhum interesse profissional ou pessoal que possa gerar conflito de interesses em relação a este manuscrito.



assistenciais e organizativos do SUS e consagrados na legislação, introduzindo o princípio da equidade que, para efeito deste estudo significa “tratamento igual para iguais” e “tratamento desigual para desiguais”, objetivando redução das desigualdades em saúde. Questão do estudo: mudanças na política de financiamento federal na APS entre 2004 e 2014 promoveram melhor distribuição do recurso entre municípios cearenses, agrupados por porte populacional? Objetivo: analisar a evolução do financiamento federal na APS entre municípios cearenses, agrupados em porte populacional, observando-se mudanças ocorridas na política de financiamento federal, no período de 2004 e 2014, fortaleceram a distribuição equitativa dos recursos. Método: estudo ecológico, quantitativo, utilizando dados secundários do financiamento federal na APS em 184 municípios cearenses. Período de estudo: anos pares entre 2004 e 2014 (devido disponibilidade de informações do Índice de Desenvolvimento Municipal – IDM). Coleta de dados de custeio: transferências federais do PAB-fixo e variável (Fundo Nacional de Saúde – FNS); população (Departamento de Informática do SUS – DATASUS) e IDM (Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE). Analisou-se o PAB total, PAB fixo, PAB variável, PAB *per capita* e IDM e a relação entre eles organizados em planilhas de Excel. Análise estatística utilizou-se quadros de medidas descritivas, gráficos de histograma e dispersão com base no porte dos municípios: pequeno porte: população <30 mil habitantes; médio porte: 30 mil hab a 100 mil habitantes; e, grande porte: população ≥100 mil habitantes. Valores monetários foram atualizados pelo Índice Geral de Preços de Mercado – IGPM, ano base 2014. Resultados: (1) inicialmente observou-se que houve movimento populacional entre municípios, reduzindo municípios de médio porte (MPP) de 124 para 119, e aumentando os de médio (53 para 56) e grande porte (7 para 9), embora prevaleça os MPP; (2) analisando o comportamento do PAB *per capita* ano a ano entre 2004–2014 verificou-se tendência crescente entre 2004–2012, com exceção dos municípios de grande porte (MGP) que oscilou um pouco mais com tendência positiva, apresentando comportamento inverso em 2015 em todos os portes municipais, especialmente os MPP cuja variação percentual foi negativa (-6,95%), sinalizando refluxo dos recursos por habitante destinados a APS, ou seja, um (des)financiamento do SUS na APS; (3) a relação entre PAB *per capita* e IDM por porte municipal analisado pelo gráfico de dispersão, ressalta que, em todos os anos o grupo dos MPP são de maior representatividade, atingindo em 2004 e 2014, respectivamente, máximo de 67,4% e mínimo de 64,7%, seguido dos MMP (máximo de 30,4% e mínimo de 28,8%), por fim MGP (máximo de 4,9% e mínimo de 3,8%). Alguns municípios representados por pontos mais dispersos, estão recebendo mais recursos do PAB *per capita*; (4) a relação entre o PAB *per capita* e IDM pelo gráfico de dispersão estratificado por ano de estudo nos municípios de grande, médio e pequeno porte apresenta tendência crescente até 2012, havendo pequena redução entre MPP em 2014. Mesmo fenômeno estudado pelo gráfico de histograma mostra claramente o movimento antes (2004) concentrado e, na medida que o tempo avança vai reduzindo a sua haste e alargando sua base de

forma a mostrar uma estagnação entre 2012 e 2014. O afluxo de recursos atribui-se a EC 29/2000 e LC 141/2012, a evolução no financiamento da saúde como o pacto pela saúde em 2006, das transferências dos recursos federais através de blocos de financiamento em 2007, e da Portaria Nacional de Atenção Básica em 2012. Considerações finais: houve movimento demográfico entre municípios cearenses reduzindo MPP e aumentando MMP e MGP. Melhor distribuição de recursos entre 2004 e 2012 na relação do PAB *per capita* e IDM, favorecendo MPP, seguido dos MMP e MGP respectivamente, motivada pela evolução na política de financiamento do governo federal, favorecendo municípios com maior necessidade de saúde e consequente redução das iniquidades do financiamento no período. Contudo, 2014 mostra tendência de esgotamento do crescimento, sendo motivo de preocupação para gestores da saúde por representar possível redução da equidade conseguida até então. Importante monitorar a tendência na relação PAB *per capita* e IDM diante da edição da EC N.85/2015 e 95/2016 que pode representar refluxo de recursos destinados à saúde e, consequentemente da APS.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Financiamento Governamental; Equidade em Saúde.