Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Silvia Ivone de Paula Veiga

Saúde da Família: características do financiamento para municípios selecionados no Paraná

Rio de Janeiro
2009

Silvia Ivone de Paula Veiga

Saúde da Família: características do financiamento para municípios selecionados no Paraná

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Planejamento, Políticas e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.ª Dra. Sulamis Dain.

Rio de Janeiro
2007

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

V426 Veiga, Silvia Ivone de Paula.
Saúde da Família: características do financiamento para municípios selecionados no Paraná. / Silvia Ivone de Paula Veiga. – 2009.
87f.

Orientadora: Sulamis Dain.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Paraná – Teses. 2. Política de saúde – Paraná – Teses. 3. Família – Saúde e higiene – Paraná – Teses. 4. Saúde da família. I. Daim, Sulamis. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2(816.2)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Silvia Ivone de Paula Veiga

Saúde da Família: características do financiamento para municípios selecionados no Paraná

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Planejamento, Políticas e

Aprovada em 24 de novembro de 2009.

Banca Examinadora: _____
Prof.ª Dra. Sulamis Dain (Orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____
Prof.ª Dra Anna Maria de Souza Monteiro Campos
Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ

_____
Prof. Dr. George Edward Machado Kornis
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____
Prof.ª Dra. Fátima Teresinha Scarparo Cunha
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Rio de Janeiro
2009

DEDICATÓRIA

Ao pensar que dedicar algo a alguém é de certa forma oferecer o que fizemos, dedico esta etapa da minha vida a:

Deus, que é misericórdia e bondade, sem o amparo de Deus nada se sustenta. Sem Deus nada do resto é possível, nada podemos e nada temos.

Minha família, Acari – sem sua paciência e compreensão, não teria conseguido, Sophia, princesa da minha vida, você é a luz dessa casa.

AGRADECIMENTOS

Quando nos decidimos a fazer algo, logo às demandas por organizações na vida pessoal e de trabalho começam a aparecer. Durante a caminhada do mestrado, foram necessárias muitas dessas organizações e nesse processo várias pessoas estiveram envolvidas. Com certeza, sem a participação delas não seria possível realizar essa etapa.

Esposo, Acari querido, obrigada, desde a graduação vem convivendo com as ausências e o estresse. Nosso amor é fortaleza, é graça de Deus.

Sophia iniciei o mestrado levando você dentro de mim, um mês depois veio ao mundo. Filha querida me faz a cada dia compreender e viver o verdadeiro amor.

João e Lourdes, fortaleza, exemplo, sempre me ajudando, pai e mãe, a vossa benção. Obrigada por tudo.

A meus irmãos, sobrinhos, sobrinhos-netos, cunhados, obrigada pela torcida, pela força, vocês são o que realmente vale a pena na vida, nossa família.

Tia Diva e Tio Tono são daquelas pessoas que Deus coloca no nosso caminho, sem as quais tudo seria complicado, cuidam da nossa Sophia como se fosse deles, obrigada por tudo que fizeram e fazem pela “nossa Susu”. Deus dê a vocês todas as recompensas que vocês merecem.

Aos mestres:

Prof.ª Sula, suas aulas me encantaram, algo tão complicado se tornava empolgante com sua inteligência e conhecimento. No percurso do mestrado, abriu as portas de sua casa, fui acolhida no Rio como uma visitante ilustre, obrigada por tudo. Você é daquelas pessoas que olho e penso: quem sabe um dia chegarei perto de tanta grandeza e conhecimento.

Aos grandes mestres do IMS que vieram ao Paraná e nos proporcionaram momentos de aproximação com o mundo científico, obrigada a todos. Agradeço muito por poder ter tido essa oportunidade única.

A Rodrigo Benevides, obrigada, sua paciência e ajuda contribuíram de maneira singular para a conclusão deste trabalho.

Dani Savi, obrigada pelas suas contribuições, você vai longe.

À equipe técnica da 10ª Regional de Saúde do Paraná:

Stefania, obrigada por tudo; fazer-me olhar para os municípios além dos números foi fundamental. As conversas me ajudaram a entender processos que os números não mostram. Profissionais como você são um exemplo a ser seguido.

Estendo o agradecimento a Rosa, Marcelo e Regina, pela disponibilidade e gentileza que tiveram comigo – obrigada.

Ângela Prates, obrigada pela ajuda na confecção e organização das tabelas – quantas tabelas, quantos números, e você sempre gentil e tranquila.

A todos os amigos e a todas as pessoas que de alguma maneira tornaram possível a concretização deste sonho.

À Universidade Paranaense (Unipar), pela liberação, pelo incentivo e pela possibilidade de capacitação. Prof. Bagio, obrigada por tudo.

RESUMO

VEIGA, Silvia Ivone de Paula. *Saúde da Família*: características do financiamento para municípios selecionados no Paraná. 2009. 87 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Este estudo teve por objetivo analisar as características do financiamento da atenção básica e do Programa de Saúde da Família (PSF), na 10ª RS do Estado do Paraná, e sua relação como indutor do modelo assistencial à saúde. Identifica o comportamento das receitas para o PSF na 10ª RS do Paraná, o comportamento das despesas com atenção básica em relação à despesa total com saúde da regional e o papel dos incentivos financeiros do PSF como indutores de manutenção e expansão do PSF na assistência à saúde dos municípios selecionados. O financiamento estável e suficiente é imprescindível para que o acesso às ações e serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros possa efetivamente acontecer. A implementação do SUS traz consigo um desafio na mudança do modelo assistencial: de um acesso restrito aos beneficiários do INPS ao acesso universal, o SUS garante a saúde como um direito de todos e dever do Estado, mediante políticas públicas que são os pilares básicos da transição de um modelo curativo para um modelo preventivo com ações pautadas na integralidade. Os desafios na mudança do modelo assistencial estão intimamente ligados aos desafios pelo financiamento. O embate constante por financiamento e as tentativas de vinculação de receita para garantir a suficiência e estabilidade de recursos para o SUS constituem imperativos para que o sistema possa dar conta de atender a todos os cidadãos. A 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, sediada na cidade de Cascavel, possui 25 municípios e apenas um não tem implantada a Estratégia Saúde da Família. Para a análise das características do financiamento da atenção básica e do PSF para o caso analisado, foram utilizados dados provenientes de sistemas de informação oficiais de caráter público, sendo eles: Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), Departamento Nacional de Atenção Básica (DAB) e Fundo Nacional de Saúde (FNS). A partir da análise dos dados, foi possível identificar o papel indutor dos recursos do PAB variável ao PSF nos municípios, pois a maioria possui menos de 20 mil habitantes e sua organização dos serviços no nível municipal tem a atenção básica como único nível de assistência. As transferências intergovernamentais, entre elas os incentivos financeiros, têm alto peso no total de recursos dos municípios, mas a capacidade de gestão e a possibilidade de implantação das equipes com atuação nos moldes que se propõem a adotar a ESF precisam ser repensadas e discutidas no nível municipal, para que a implantação da estratégia não seja apenas a maneira através da qual os municípios buscam recursos. Desta forma, o Governo Federal continua sendo o agente definidor da política de saúde no território nacional. Num país onde os municípios são caracterizados por enorme heterogeneidade de tamanho e renda, os repasses federais cumprem e deverão continuar cumprindo papel fundamental no gasto do PSF, o que se confirma nos municípios analisados.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Financiamento. Estratégia Saúde da Família.

.**ABSTRACT**

This study aimed to analyze the characteristics of funding for primary care and the Family Health Program (FHP) in the 10th RS of Paraná State, and its relationship to induce the health care model. It identifies the revenue performance for the PSF in the 10th RS of Paraná, the behavior of the costs of primary care in relation to total expenditure on health and the role of regional financial incentives to induce the PSF maintenance and expansion of the PSF in health care of selected municipalities. The stable and sufficient funding is essential for the access of all Brazilian citizens to actions and health services. The implementation of the SUS brings a challenge in health care change: from restricted access to INPS beneficiaries to universal access, the SUS guarantees health as a right and duty of the State, by adopting policies that are the pillars of the transition from curative to preventive actions based on integral care. The challenges for change in health care are closely linked to the financing challenges. The constant struggle for funding and attempts to link the revenue to ensure the stability and adequacy of resources for the SUS are mandatory for the system to give account to meet all citizens. The 10th Regional Health of the State of Paraná, located in the city of Cascavel, comprises 25 municipalities, and only one has implemented the strategy of Family Health Program. For the analysis of the financing of primary care and the PSF for the case analyzed, we used data from official systems of information of public character, namely: Information System on Public Health Budget (SIOPS), National Register of Health Establishments (CNES), National Department of Primary Care (DAB) and the National Health Fund (FNS). From the analysis of data, it was possible to identify the inductive role of resources in variable PAB to the PSF in the municipalities, as most have less than 20,000 inhabitants and the organization of services at municipal level is the sole primary care level. Intergovernmental transfers, including financial incentives, have a high share of total resources of the municipalities, but the management capacity and the possibility of deployment of the teams acting in the way that they propose to adopt the ESF must be revised and discussed at the municipal level so that the implementation of the strategy is not the only way in which municipalities are seeking resources. Thus, the federal government remains the defining agent of health policy in the country. In a country where the cities are characterized by extremely heterogeneous in size and income, the federal funds must comply and continue to fulfill the key role in supporting the PSF, which is confirmed in the cities analyzed.

Keywords: Unified Health System. Funding. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	Número de Equipes de Saúde da Família no Brasil de 2003 a 2007	43
Gráfico 1	Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas - BRASIL - 1994 – JUNHO/2009	44
Gráfico 2	Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas - BRASIL - 1994 – JUNHO/2009	44
Quadro 1	Incentivos estaduais ao PSF, tipo de incentivo e critérios utilizados	49
Tabela 2	Principais pólos de população urbana do Estado do Paraná	51
Mapa 1	Localização das 22 Regionais de Saúde do Estado do Paraná	53
Tabela 3	Hospitais que atendem média e alta complexidade	54
Gráfico 3	Número de Equipes de Saúde da Família por Município	60
Gráfico 4	Cobertura do Saúde da Família por Município	61
Tabela 4	Programa de Saúde da Família – Faixa de Cobertura populacional e valores anuais do incentivo financeiro por equipe	62
Tabela 5	Incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Ações de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família	63
Tabela 6	Incentivos financeiros ao PSF 2005 a 2008, população, número de equipes, percentual de cobertura e população coberta	66
Gráfico 5	PSF por habitante (R$) / população coberta	67
Tabela 7	Recursos da atenção básica, 2005 a 2008 e % do PSF na atenção básica	69
Tabela 8	Recursos do PAB variável, 2005 a 2008	71
Tabela 9	Percentual de recursos próprios aplicados em saúde de acordo com a EC 29 – municípios da 10ª Regional de Saúde do PR, 2005 a 2008	73
Tabela 10	Despesa total com saúde, transferência intergovernamentais para a Saúde e Despesa com recursos próprios – Municípios da 10ª Regional de Saúde do PR 2005 e 2008 e % de variação em R$ de 2008, valores corrigidos pelo IPCA média anual	74
Tabela 11	Percentual da despesa em atenção básica na 10ª Regional de Saúde em relação à despesa total em Saúde	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AFB – Assistência Farmacêutica Básica
ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde
CIBS – Comissões Intergestores Bipartite
CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DRU – Desvinculação das Receitas da União
EC – Emenda Constitucional
ESF – Estratégia Saúde da Família
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FEF – Fundo de Estabilização Fiscal
FSE – Fundo Social de Emergência
IDH – Índice Desenvolvimento Humano
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômicas Aplicadas
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOBs – Normas Operacionais Básicas
OGU – Orçamento Geral da União
OSS – Orçamento da Seguridade Social
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCN – Programa de Carências Nutricionais
PEC – Proposta de Emenda Constitucional
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PSF – Programa Saúde da Família
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 12

INTRODUÇÃO 14

1 **CONSIDERAÇÕES SOBRE A EVOLUÇÃO DO FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS** 19

1.1 **O processo de organização do financiamento do SUS** 20

1.2 **Regulamentação do EC 29** 24

2 **O PAPEL DAS NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS (NOBS) NA OPERACIONALIZAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO E DO FINANCIAMENTO DO SUS** 26

2.1 **As NOBS SUS de 91/92** 27

2.2 **NOB SUS 01/93** 28

2.3 **NOB SUS 01/96** 30

2.4 **NOAS 2001/2002** 33

2.5 **Mudanças recentes – o pacto pela saúde 2006** 35

3 **O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA** 37

3.1 **A instituição do PSF no cenário das políticas de saúde no SUS** 37

3.2 **Papel indutor do governo federal na expansão das equipes de Saúde na Família** 42

3.3 **Saúde da família: desafios a serem superados** 45

3.4 **A participação dos Estados no financiamento do PSF** 47

3.4.1 A alocação de recursos dos Estados ao PSF 47

4 **CENÁRIO DO ESTUDO** 51

4.1 **Aspectos gerais do estado do Paraná e da regional dos municípios selecionados** 51

4.2 **Rede de Assistência a Saúde** 52

4.3 **Considerações sobre o Programa Saúde da Família no Paraná** 55

4.4 **Definição da regional do estudo** 56

5 **METODOLOGIA** 57

6 **ANÁLISE DE DADOS** 60

6.1 **Financiamento da Estratégia Saúde da Família** 60

6.2 **Análise das receitas e incentivos financeiros** 65

6.3 **Análise da despesa** 71

7 **CONSIDERAÇÕES FINAIS** 79

REFERÊNCIAS 84

APRESENTAÇÃO

Na trajetória profissional como enfermeira, atuei em equipes de PSF em dois municípios diferentes, mas com problemas semelhantes na condução, pelo gestor municipal, das questões financeiras que cercam a operacionalização do programa. Em ambos os casos, o discurso de que o “dinheiro que vinha do Governo Federal não era suficiente” estava presente, especialmente quando a execução de alguma atividade proposta pela equipe demandava dispêndio financeiro. Nesse momento, o tema do incentivo financeiro não me chamava à atenção, mas uma questão me inquietava: se o dinheiro não era significativo, ou seja, não dava conta do gasto empreendido pelo programa, por que então montar as equipes?

As respostas foram sendo apropriadas a partir de leituras sobre o tema, porém aprofundá-lo e investigar a importância e a participação desse dito “dinheiro do Governo Federal” sempre foi motivo de interesse.

A escolha desse tema para a dissertação do mestrado vem ao encontro dessas inquietações e da necessidade de demonstrar, através do estudo, o arranjo do Programa Saúde da Família, hoje Estratégia, em 24 municípios selecionados na região oeste do Paraná, enfatizando as características financiamento da atenção básica e do incentivo a Saúde da Família.

Na construção desta dissertação, os elementos para definição do processo de financiamento para a atenção básica, tendo como foco o PAB variável e seu incentivo ao PSF, foram organizados da seguinte maneira:

No capítulo 1, procuro resgatar o processo de financiamento das ações e serviços de saúde a partir da Constituição de 1988 e da implementação do SUS, com a intenção de evidenciar os embates em torno à estabilidade e suficiência de recursos, desde a criação do Orçamento da Seguridade Social (OSS) até a implementação da EC 29, contemplando também as discussões sobre sua regulamentação.

No capítulo 2, trato do processo indutor e regulador do nível federal, ao introduzir mecanismos de transferências que se vinculam às ações e aos programas assistenciais, consubstanciado na edição das Normas Operacionais Básicas do SUS

(NOBs), Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) e, mais recentemente, no processo em curso de regulação do Pacto pela Saúde.

No capítulo 3, parto da introdução do PSF como política de mudança incremental dentro do SUS, desde sua implantação como estratégia de expansão da cobertura do acesso aos serviços de saúde, até sua concepção (Portaria nº 648) como estratégia de transformação do modelo assistencial, com destaque para o processo de financiamento do programa.

Ao apresentar o cenário do estudo, no capítulo 4, identifico algumas características do Estado do Paraná e de seus municípios, destacando o processo de implantação das equipes de saúde da família e de sua organização na rede de assistência ao SUS.

No capítulo 5, apresento a metodologia, explicando ao leitor o processo de construção e organização do trabalho.

No capítulo 6 apresento a pesquisa sobre as características do financiamento da atenção básica e do PSF, dos municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná, e seus resultados, assim como, o papel dos incentivos financeiros do PSF como indutores de manutenção e expansão do PSF na assistência a saúde.

INTRODUÇÃO

O estudo das características do financiamento do setor saúde, e no caso específico deste trabalho, das características do financiamento da atenção básica e do PSF na 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, nos remete às características do federalismo fiscal brasileiro, onde cada esfera de governo (União, Estados e Municípios), administram, de forma autônoma seus tributos. Essa característica do país reflete diretamente sobre a forma de financiamento das políticas sociais.

> O orçamento público exprime uma relação político-econômica entre os governos e a sociedade. Na perspectiva do federalismo fiscal brasileiro, já que o Brasil é uma federação, exprime também uma relação entre níveis de governo, com divisão de poder pactuada e traduzida em partilha de recursos, realizada através de transferências constitucionais e processos de descentralização de recursos fundo a fundo. O orçamento público deve buscar também o necessário equilíbrio entre os três poderes – Executivo, Legislativo e Judiciário. (DAIN, 2001, p. 113).

Essa trama organizacional, estabelecida em decorrência das características do federalismo fiscal brasileiro, é extremamente difícil e delicada devido às diversidades regionais do país, que se revelam na economia, nas questões socais e ainda na própria relação entre as três esferas de governo.

Frente a características complexas e diversas de cada região do país e a características próprias do federalismo fiscal brasileiro, a constituição e a implementação do SUS lançam o desafio do financiamento das ações e serviços de saúde, integrados a partir da Constituição Federal de 1988 em um único orçamento – o Orçamento da Seguridade Social (OSS).

A constituição e a implementação do SUS trazem consigo um desafio na mudança do modelo assistencial. De um acesso restrito aos beneficiários do INPS ao acesso universal, o SUS garante a saúde como um direito de todos e dever do Estado, mediante políticas públicas que são os pilares básicos da transição de um modelo curativo para um modelo preventivo cujas ações sejam pautadas na integralidade.

Os desafios na mudança do modelo assistencial estão intimamente ligados aos desafios pelo financiamento. O embate constante por financiamento e as

tentativas de vinculação de receita para garantir suficiência e estabilidade de recursos para o SUS constituem imperativos para que o sistema possa dar conta de atender a todos os cidadãos.

O novo modelo de assistência à saúde proposto e escrito na Constituição brasileira de 1988, o Sistema Único de Saúde se consolidou em processo sem volta, de promoção da saúde e busca de garantia do direito à saúde e cidadania.

> "A Carta Magna diz textualmente que "A saúde é um direito de todos e dever do Estado ", frase lapidar de grande efeito, instrumentalizados o poder e a obrigação aí jacentes, conforme " políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos" e, o que é importante, permitindo o "acesso universal e igualitário ás ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". (MARTINEZ, 1989 p. 88).

Paralelamente a esta nova ordem de acesso à saúde a todos os cidadãos, a Constituição indica o processo de descentralização, em que o papel dos municípios como executores das ações e serviços de saúde é claro, ficando aos governos estaduais o papel de coordenadores.

Como descrito em Viana e Dal Poz (2005), o processo de reforma do sistema de saúde brasileiro é considerado do tipo *big bang*, ou seja, as mudanças a partir da Constituição são expressivas e significativas, e introduzem mudanças em todo o funcionamento do sistema de saúde no país num curto espaço de tempo.

> Esse novo modelo, inscrito na própria Constituição brasileira de 1988 definiu o princípio do universalismo para as ações de saúde, descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, com definição de porta de entrada. Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos. (VIANA; DAL POZ, 2005, p. 226).

Na perspectiva desta nova lógica de atenção à saúde, o financiamento se configura como elemento decisivo para a implementação das ações propostas e para a própria consolidação definitiva do SUS, em que os municípios são os elementos centrais do processo de descentralização, e o PSF os integra ao SUS.

No plano geral, a luta pelos recursos para o SUS se materializa sob um esquema tripartite de financiamento da saúde, e para a garantia do acesso universal e integral à saúde, como escrito na Constituição, o setor saúde foi inserido no

Orçamento da Seguridade Social (OSS) com a integração dos recursos federais do Orçamento Geral da União (OGU) e dos recursos fiscais dos estados e municípios.

Apesar das sucessivas mudanças e de tentativas para o financiamento da saúde, passando pela implementação da CPMF e da Emenda Constitucional 29, o subfinanciamento é uma realidade no SUS. “O SUS continua subfinanciado, representando menos de 17% do OSS e cerca de 5% da despesa efetiva do Governo Federal” (DAIN, 2007, p. 1.854*).* Nesse cenário, onde o financiamento se configura como desafio para a consolidação do SUS, os anos 90 foram palco de um processo de descentralização, que ocorreu com a edição de Normas Operacionais Básicas (NOBs), com o intuito de regulamentar as responsabilidades de cada esfera de governo, representando instrumentos de regulação e indução do Governo Federal na política de saúde.

A partir de 1991, são editadas as NOBs (1991,1992,1993, 1996) (Ipea, ed. 13) estabelecendo critérios e mecanismos de financiamento indutores do processo de reorganização do sistema de saúde, no que diz respeito ao financiamento. As NOBs 91 e 92 associam o repasse de recursos às transferências para unidades assistenciais. A NOB 93 cria um caráter automático de transferências fundo a fundo, a partir do estabelecimento de níveis de gestão dos municípios e estados – incipiente, parcial e semiplena –, sendo em cada nível definidas suas competências, capacidade administrativa e financeira.

Em novembro de 1996 é editada a NOB 96, através da Portaria nº 2.202, e com ela mudanças importantes são implementadas, como a criação do Piso da Atenção Básica e a instituição de política de incentivos a atividades estratégicas, entre as quais o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF).

Destacamos aqui o papel indutor da Norma Operacional Básica (NOB 96), que materializa um sistema de financiamento diferenciado baseado na adoção do Piso da Atenção Básica (PAB). Este se divide em parte fixa e parte variável, destinando parcela de seus recursos ao estímulo a programas essenciais à viabilização de política de saúde descentralizada, como o Programa de Saúde da Família. A significância desses recursos a saúde, é expressiva, visto que entre 1998 e 2001, todo recurso destinado à atenção básica ampliou-se em 86% e os recursos

específicos desses programas aumentou em 778% (Marques e Mendes, 2003, p. 406).

Apesar de seus aspectos positivos e da integração dos municípios ao SUS, os incentivos financeiros previstos na NOB 96, especificamente ao PSF, são incentivos para estimularem os municípios a implantarem a estratégia, contando com o aporte de recursos locais. Neste sentido, para Marques e Mendes (2003, p. 412), “o município ainda é responsável por 70% dos recursos despendidos nesse programa”.

A partir da NOB 96 são editadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e de 2002, ambas mantendo a alocação de recursos; e a NOAS 2002, que inclui outras atividades na atenção básica, aumentando a responsabilidade do gestor estadual através do processo de regionalização.

Com as críticas à maneira pela qual as normas operacionais operavam na fragmentação do funcionamento do SUS, surgem novas discussões sobre novas bases para as transferências dos recursos federais e, neste cenário, em 2006 é regulamentado o Pacto pela Saúde, cujo objetivo é estabelecer um novo patamar na forma do financiamento e das responsabilidades entre os gestores do SUS.

A importância dessas transformações e da análise político-institucional do SUS justifica a ênfase desta dissertação nos aspectos do financiamento, especificando as relações intergovernamentais no plano do financiamento do SUS, centrando a análise nos recursos da atenção básica, PAB Variável e, dentro do PAB variável, o incentivo a Saúde da Família. A lógica adotada pelo Governo Federal no que diz respeito à estruturação da atenção básica através do PSF e o estímulo financeiro adotado através do PAB variável fizeram com que muitos municípios brasileiros aderissem ao programa, por ser este uma fonte adicional de recursos.

Os municípios se tornam, em parte, financiadores de políticas federais, mesmo quando estas não reflitam prioridades locais. Assim, a adesão ao programa acaba por comprometer ações que poderiam ser implementadas para as necessidades reais de sua população. Não devemos esquecer, entretanto, que na insuficiência de gastos em saúde e de iniciativas locais, esta foi uma forma de induzir positivamente os municípios a aderirem ao SUS, dado que, em muitos deles,

a atenção básica não se configurava na política de saúde local (MARQUES; MENDES, 2003, p. 413).

> É inegável que tais incentivos contribuíram para ampliar as estratégias direcionadas a atenção básica e a expansão do PACS/PSF no país, pois representaram novas fontes de recursos para os municípios. (TERRA et al., 2004, p. 10).

Frente às questões relativas ao financiamento do SUS e do processo de descentralização, em que o PSF é considerado uma estratégia de transformação do modelo assistencial cujo financiamento está inserido na atenção básica, especificamente no PAB variável, este estudo foi realizado a partir de uma análise das características do financiamento da atenção básica e do PSF de 24 municípios pertencentes à 10ª Regional de Saúde do Paraná, sediada no município de Cascavel, identificando o comportamento das receitas para o PSF, o comportamento das despesas com atenção básica e a relação da despesa total com saúde, assim como uma análise do papel dos incentivos financeiros do PSF como indutor de manutenção e expansão do PSF na assistência à saúde dos municípios selecionados.

.

CAPÍTULO 1 - Considerações sobre a evolução do financiamento do SUS

O cenário atual do SUS emana das lutas do movimento sanitário e de seus atores, que reconhecidamente tiveram papel crucial nas conquistas pelo direito à saúde inscritas na Constituição Federal de 1988.

> O reconhecimento da saúde como bem-estar, satisfação, bem coletivo e direito, configura um paradigma civilizatório da humanidade, construído num processo de embates de concepções e de pressões dos movimentos sociais por estabelecerem uma ruptura com as desigualdades e as iniqüidades das relações sociais, numa perspectiva emancipatória, levando-se em conta evidentemente, as diferentes culturas e formas de cuidado do ser humano. (BRASIL, 2006A, p. 18).

O movimento sanitário e sua singular e rica experiência nas lutas em torno das políticas públicas colocaram no cenário nacional uma experiência inovadora, em que os conflitos e consensos dos atores envolvidos demonstram o papel da organização e o poder popular em torno de objetivos comuns: acesso universal e igualitário as ações e serviços de saúde, pautadas em propostas de universalização, descentralização, hierarquização dos serviços e controle social. Esses objetivos se materializam com a 8ª Conferência Nacional de Saúde[1], ponto de inflexão na construção e consolidação do SUS.

O SUS, criado a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, representa a maior política pública na área da saúde no Brasil, seus avanços se devem às lutas e participação popular, até então inéditas no país no campo social.

A política de saúde se destacou pela articulação de seus principais atores em torno do objetivo comum de mudança do modelo assistencial até então fortemente centralizado, onde a garantia do direito ainda não estava atrelada à condição de cidadania, e sim à condição de contribuintes de um subconjunto de trabalhadores brasileiros.

[1] A 8ª CNS foi o grande marco na história das conferências de saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou de suas discussões. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986, em Brasília, foram lançados os princípios da Reforma Sanitária. Na conferência estavam presentes mais de quatro mil pessoas e ficou evidente que as modificações na saúde iam além dos marcos de uma reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com ampliação do conceito de saúde e sua ação institucional (LIMA; GERSCHMAN; EDLER, 2005, p. 78).

Com esta lógica o SUS incorporou, como beneficiário das ações e serviços de saúde, inicialmente como intenção e progressivamente como realidade, a parcela da população antes excluída pela lógica do INPS, no contexto de proteção social e universal que emana da Constituição de 1988. Neste sentido, a Saúde se integra aos conceitos e princípios da Seguridade Social brasileira, assim como a Previdência e a Assistência Social.

> O processo de unificação das ações e serviços públicos de saúde em programas de acesso universal e de direito da cidadania foi consagrado na Constituição Federal de 1988, quando a Saúde, juntamente com a Previdência e a Assistência Social, passou a compor o campo da proteção social no Brasil. (DAIN, 2007, p. 1.852).

1.1 O processo de organização do financiamento do SUS

Com a unificação da Previdência, Assistência e Saúde, organiza-se um processo de integração dos padrões de financiamento, baseado em impostos e contribuições sociais, com a integração dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e do Orçamento Geral da União (OGU), aos recursos fiscais dos estados e dos municípios.

A construção desse processo vai-se desenhando no estabelecimento do Orçamento da Seguridade Social (OSS), que, para Dain (2007), representava o início da cobertura dos direitos sociais sobre os recursos disponíveis e a busca de novas fontes de financiamento, assim como a ampliação das receitas que os integravam.

> As necessidades de financiamento das políticas universais destinadas a prover gastos não individualizados, como os serviços de saúde, acrescentaram a tradicional folha de salários, base central do financiamento previdenciário, o aporte de contribuições sociais gerais (COFINS, PIS-PASEP e CSLL). (DAIN, 2007, p. 1.852).

No arcabouço das definições acerca do financiamento, entra em cena, em 1990, a edição da primeira Lei das Diretrizes Orçamentárias, cujo artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) destinava 30% do Orçamento da Seguridade Social para a Saúde. No processo de competição por recursos, os programas universais com menor capacidade de defesa foram sendo progressivamente isolados na luta pelo acesso às fontes de receita vinculadas pela

Constituição ao seu financiamento (DAIN, 2007). A condução desse processo, em que a competição por recursos torna os programas universais frágeis na luta pelo financiamento, é evidente nesse momento, com a não-observância da destinação dos 30% do OSS para a saúde.

A partir de 1990, o artigo 55 da ADCT passa a não ser observado e o repasse de recursos (30%) do Ministério da Previdência e Assistência Social ao Ministério da Saúde não se materializa. As restrições fiscais e o aumento das despesas com a Previdência Social são as alegações para os recursos da folha de salários passarem a financiar exclusivamente a Previdência Social (DAIN, 2007). A interrupção do aporte desses recursos para a Saúde gerou grande instabilidade, tornando a Saúde cada vez mais dependente de outros recursos do Tesouro Nacional.

A prioridade do Governo Federal está na estabilidade fiscal, e apesar de todo o processo de lutas e conquistas com a definitiva implantação de um sistema de saúde garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, seu financiamento é frágil e irregular. Com a desvinculação dos recursos para financiar a saúde, o SUS se fragiliza no embate com as políticas de estabilização.

Visando a alcançar a estabilidade e suficiência ao financiamento da saúde, em 1993, a PEC 169 encaminha a Proposta de Vinculação Constitucional “Definitiva” de 30% do OSS, a ele acrescentando 10% da receita de impostos da União, Distrito Federal, estados e municípios (DAIN, 2007).

Na contramão do aporte de recursos para o financiamento da Saúde, seguem as estratégias do Governo Federal para dar estabilidade à economia. Assim, o aporte de recursos de que trata a PEC 169 não sai da intenção. De fato, a instituição da desvinculação das receitas da União se associa à criação do Fundo Social de Emergência (FSE), que vigora de 1994 e 1995, do Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), entre 1996 e 1999, e da Desvinculação das Receitas da União (DRU), desde então. Todos eles esterilizam 20% das receitas das principais contribuições sociais, em nome da criação de superávit fiscal para a União.

A partir da segunda metade da década de 90, com a irregularidade de aporte de recursos ao OSS, o Ministério da Saúde inicia a discussão em torno da criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), cuja aprovação se deu em 1996, tendo sido implementada em 1997. “No primeiro ano de

sua vigência, e em 1997, sua arrecadação representou 27,87% do total das fontes do financiamento da saúde" (LIMA; GERSCHMAN; EDLER, 2005, p. 217).

Embora a CPMF tenha sido justificada como necessidade do financiamento da área da Saúde, não gerou o aumento de recursos esperado, tendo sido acompanhada pela substituição de fontes do financiamento (CSLL e COFINS) e, posteriormente, compartilhada por outros ramos da Seguridade, financiando a Previdência e, a partir de 2001, o Fundo de Combate à Pobreza (DAIN, 2007).

O estabelecimento de fontes estáveis para o financiamento público da Saúde é um imperativo. O que vimos até agora não passam de tentativas de financiar o SUS que não se concretizaram. A legislação orçamentária não foi capaz de resguardar nem os recursos suficientes e muito menos a estabilidade dos aportes à Saúde; surgiram várias propostas de emendas à Constituição (PECs), com a intenção de garantir tais recursos. Após trabalhosa e prolongada tramitação, o Senado Federal aprovou, em 13 de setembro de 2000, a Emenda Constitucional n.º 29/00 (FAVERET, 2002).

> Após várias reformulações ao longo de sete anos, a EC 29 foi aprovada em 13 de setembro de 2000. Com isso o sistema de financiamento da saúde ganhou maior estabilidade uma vez que foram estabelecidos patamares mínimos de aplicação de recursos da União, dos estados e dos municípios no apoio ao SUS. (DAIN, 2007, p. 1.853).

Com a aprovação da EC 29, os critérios de aporte de recursos as ações e serviços de saúde são determinados por regras para os três níveis de governo.

> No primeiro ano de sua vigência, os estados e municípios deviam alocar pelo menos 7% das receitas de impostos e transferências constitucionais, sendo que esse percentual devia crescer anualmente até atingir, para os estados, 12% em 2004 e, para os municípios, 15%. Para a União, definia para o primeiro ano o aporte de pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior seria corrigido pela variação do PIB nominal. (LIMA; GERSCHMAN; EDLER, 2005, p. 219).

Apesar de todo o apoio e discussão em torna desta emenda, os desdobramentos legais, assim como sua normatização, não se materializaram, frustrando as expectativas do aumento do gasto federal em saúde. Seu mérito foi o de comprometer a União, os estados e municípios com a universalização da saúde, com o estabelecimento do gasto mínimo do orçamento das três esferas do governo

com ações e serviços de saúde. Porém, no plano federal, após a instituição da EC 29, a Saúde é desvinculada do OSS (DAIN, 2007).

> A EC 29 não define as fontes que devem financiar a saúde e sim a variação de seu gasto pelo crescimento do PIB nominal (no campo específico da saúde, os repasses para o MS, originários das receitas administradas pela Secretaria do Tesouro Nacional – receitas fiscais, COFINS e CSLL – apresentaram comportamento cíclico e alternância na composição das fontes, mesmo após a instituição da CPMF e da implantação da EC 29). (DAIN, 2007, p. 1.854).

Verifica-se que o embate em torno do financiamento do SUS é uma realidade presente ainda não superada; nos anos que se seguiram após a implantação do mesmo até os anos atuais, verifica-se uma baixa participação dos investimentos na execução do orçamento do Ministério da Saúde, não havendo espaço para que se tenha uma política ampla na correção das desigualdades de acesso, onde há distribuição irregular da oferta de serviços.

Nesta perspectiva, “o SUS continua subfinanciado, representando menos de 17% do OSS e cerca de 5% da despesa efetiva do Governo Federal.” (DAIN, 2007, p. 1.854). Nesse cenário, mais uma ação federal restringe os recursos do OSS destinados a ações e serviços de saúde, com a criação da Supersecretaria da Receita Federal, que hoje é responsável, inclusive pela administração da folha de salários, unifica os orçamentos da OSS e OGU – o que reduz ainda mais o espaço institucional e político da proteção social no país (DAIN, 2007).

O discurso de que há uma crise no financiamento dos gastos da Seguridade Social carece de fundamento, na medida em que não há o cumprimento do que diz a Constituição de 1988 no capítulo da Ordem Social, e que os recursos criados para o financiamento da Seguridade Social e alocáveis aos programas a ela vinculados foram constantemente desvinculados de sua destinação.

> A alegada crise de financiamento dos gastos da Seguridade Social não existiria se a alocação dos recursos vinculados a estes programas tivesse respeitado sua destinação constitucional. (DAIN, 2007, p. 1.854).

Considerando a evolução do orçamento da Seguridade Social, explicitado acima, e a criação das contribuições sociais (como a CPMF) justificadas pelo aumento do orçamento da Saúde, a elevação da carga tributária se justifica pela necessidade de orçamento para a Seguridade Social. No entanto, nos anos 2000, o

gasto social, de uma forma geral, dá conta apenas da metade do crescimento da carga tributária do Governo Federal. Onde está a outra metade? Alocada ao superávit primário para o ajuste fiscal (DAIN, 2007).

> Apesar da significativa elevação da carga tributária, de 4,37 pontos percentuais do PIB, os gastos de Saúde, no mesmo período, respondem por menos de um centésimo desta elevação da carga no período, desautorizando as freqüentes alegações de crescente participação da Saúde no total de gastos do Governo Federal. (DAIN, 2007, p. 1.854).

Os interesses do Governo Federal, ao longo dos anos, estiveram centrados na estabilidade econômica e na geração de um superávit primário, violando o direito constitucional da Saúde: A União arrecadou, em 2006, 50% do total de suas arrecadações, com as contribuições sociais (COFINS, PIS-PASEP, a CSLL e a CPMF), que foram criadas em nome do Orçamento da Seguridade Social, ou seja, estes tributos estão centrados nas mãos do Governo Federal, sendo destinados a fins que não os que deveriam e justificariam sua implantação (DAIN, 2007).

Em análise dos anos de 1995 a 2006, sobre a evolução da despesa do SUS com ações e serviços públicos de saúde, Dain (2007) coloca que a participação da despesa com as Ações e Serviços Públicos de Saúde no PIB no final de 2006 era de 1,75%, índice praticamente igual ao de 1995. Ou seja, traduzindo o descrito acima, praticamente em uma década houve expressiva mudança da carga tributária, baseada nas contribuições sociais, que não se justificam, pois não foram destinadas ao orçamento da Saúde, que foi o motivo de sua criação. “Em que pese a dificuldade de financiamento no plano da base tributária, própria dos estados e municípios, a força da EC 29 para solidificar o sistema foi decisiva” (DAIN, 2007, p. 1.857).

1.2 A regulamentação da EC 29

A regulamentação da emenda tem três aspectos principais:

- a base de cálculo e/o indexador dos gastos com ASPS;

- a definição constitucional dos gastos com ASPS e suas vedações correspondentes; e

- os critérios de repasse de recursos do SUS entre níveis de governo. (DAIN, 2007).

Os aspectos da regulamentação da emenda demonstram a preocupação de fechar o capítulo do financiamento do SUS no que se refere ao primeiro item. Verifica-se que ter como indexador a receita corrente bruta significa uma elevação significativa dos gastos com ASPS.

> Diferença potencial acumulada entre o gasto efetivo e o gasto com ASPS caso a base de cálculo fosse 10% da Receita Corrente Bruta da União (proposta da PLP 01/2003). Neste cenário alternativo, o MS poderia ter gasto quase R$ 80 bilhões a mais do que efetivamente gastou no período de 2000/2006. (DAIN, 2007, p. 1.858).

Com relação ao segundo item, não é tarefa simples definir o que realmente são gastos com ASPS para não dar abertura a interpretações que desviem recursos de sua destinação correta. E sobre o terceiro aspecto, Dain coloca que:

> Quanto ao repasse de recursos para os governos subnacionais, a ameaça de mudança dos critérios do artigo 35 da lei 8.080, referentes à alocação de recursos no interior do SUS, é preocupante, desde logo por ameaçar a sistemática de financiamento e de repasses do SUS, como um sistema único de natureza federativa, dotado de critérios alocativos próprios à Saúde. (DAIN, 2007, p. 1.858)

O financiamento do SUS busca a estabilidade e a suficiência de receita, percorrendo o caminho do OSS, CPMF, e por fim a EC 29, cuja regulamentação pretende evitar interpretações equivocadas sobre o conceito de gastos em ações e serviços de saúde, assim como indexá-lo a uma base dinâmica e representativa da receita pública nos três níveis de governo.

CAPÍTULO 2 - O papel das Normas Operacionais Básicas (NOBs) na operacionalização da descentralização e do financiamento do SUS

Os aspectos e os mecanismos do financiamento do SUS discutidos anteriormente mostram os caminhos percorridos desde a Constituição de 1988 na busca da estabilidade e da suficiência do financiamento das ASPS dentro do SUS. O presente capítulo pretende discorrer sobre a normatização deste processo, assim como apresentar os mecanismos de regulação nelas contidos, para o estabelecimento de critérios para a alocação de recursos e seu desenho a partir das NOBs.

> As NOBs indicam, sobretudo o papel da descentralização do sistema de saúde, "as NOBs representam instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios" (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 273).

A definição de critérios e mecanismos de repasse das transferências dos recursos federais para os estados e municípios são essencialmente importantes. Além de definirem as atribuições e competências de cada ente federativo, definem também o grau de autonomia gestora.

Além dos aspectos organizativos da descentralização, as NOBs apresentam vários aspectos da organização do sistema, tendo o objetivo de regular os mecanismos de transferências dos recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais, não considerando sua suficiência ou fonte. Estruturalmente, essas normas foram editadas através de portarias ministeriais e, de maneira clara, reforçam o poder de regulação exercido pelo nível federal no SUS. Outro fator característico das NOBs é seu caráter transitório, ou seja, na medida em que houve avanços no processo de descentralização em que a NOB não dava conta de responder às questões postas, uma nova norma era editada. Nesse contexto, apresentaremos as características de cada NOB e as discussões acerca de sua implementação.

A edição das NOBs complementa e esclarece aspectos não explicitados na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) e na Lei nº 8.142,

de 28 de dezembro de 1980, adaptando-as às mudanças decorrentes do processo de descentralização das ações e serviços de saúde.

2.1 As NOBs SUS de 91/92

Com características parecidas iniciam um processo de associação entre o repasse de recursos e as transferências de poder sobre unidades assistenciais, utilizando-se de mecanismos vindos de uma cultura tradicional do INAMPS.

A NOB 91/92 não dá conta de efetivar o processo de descentralização, e as transferências aos municípios se dão de forma convenial. O repasse de recursos está condicionado à produção de serviços, e os repasses estão direcionados exclusivamente às áreas hospitalar e ambulatorial. A previsão de repasse de recursos para investimentos refere-se ao reequipamento e ampliação de unidades assistenciais preexistentes.

Estas NOBs desconsideram o papel do governo estadual nas relações federativas, havendo favorecimento das relações diretas entre o nível federal e municípios, sem a articulação do nível intermediário de governo.

> A ausência da participação estadual para a elaboração dos convênios, associada ao intenso movimento de descentralização de unidades assistenciais do INAMPS, principalmente para as SMS, promovido pela SNAS/MS/INAMPS, acabou induzindo a lógica de formação de sistemas municipais isolados, sem a articulação e a integração necessárias a constituição do modelo sistêmico SUS, isto é, sem as articulações necessárias para a criação dos fluxos de referência regionais e estaduais e para a harmonização dos sistemas municipais ainda em gestação. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 275).

Tanto a NOB 91 como a NOB 92 se fundamentam na herança do financiamento pela produção de serviços: “estados e municípios foram transformados em entidades produtoras de procedimentos de assistência médica” (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 275). Nessas NOBs, a assistência hospitalar e ambulatorial são privilegiadas na relação com o Ministério da Saúde; estados e municípios se igualam às empresas privadas conveniadas ou contratadas.

Resumidamente, diríamos que a NOB 91/92 iguala os prestadores públicos e privados, mantendo a gestão do SUS centralizada no Governo Federal. Neste cenário, os municípios são gerenciadores de unidades, ou seja, prestadores. Quanto

aos estados, apesar de já haverem assumido a gestão de serviços ainda com o SUDS, a grande maioria continua como prestador.

2.2 NOB SUS 01/93

Apoiada nas discussões da IX Conferência Nacional de Saúde, e implantada pela publicação da Portaria nº 545/MS, de 20 de maio de 1993, esta NOB introduz o caráter automático das transferências intergovernamentais, através da instituição das transferências fundo a fundo, a partir da hierarquização de níveis de gestão municipal e estadual – incipiente, parcial e semiplena. A CIT (comissão intergestores tripartite) e a CIB (comissão intergestores bipartite), como entidades formais do SUS, estão diretamente ligadas às discussões acerca do direcionamento da política de saúde.

As novas estratégias da NOB 93 deveriam respeitar os aspectos da diversidade local e regional dos municípios brasileiros, considerando seus aspectos econômicos e sociais.

> Um entendimento básico então pactuado pela NOB 93 foi o de que a descentralização deveria ser um processo lento e gradual, com liberdade de adesão por parte das unidades federadas, e que as instâncias locais de governo, paulatinamente, se habilitariam institucional e tecnicamente a adquirir maior grau de autonomia de gestão. (LIMA; GERSCHMAN; EDLER, 2005, p. 225)

Quanto ao financiamento, sua principal inovação se dá na introdução das transferências fundo a fundo. A NOB 93, porém, não rompe com a lógica do pagamento por procedimento como base de cálculo para a transferência dos recursos.

Há que se considerar que, inicialmente, os municípios que se habilitaram na gestão semiplena tiveram maior grau de autonomia gestora sobre os recursos recebidos, em relação aos que permaneceram (por conta das prerrogativas desta norma) com os mecanismos de repasse direto aos prestadores. LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, (2001, p. 277) colocam que: “em que pesem as diversas alterações e novidades propostas pela NOB SUS 01/93, na prática, somente foi possível implementar a condição de gestão semiplena para os municípios”.

As transferências através do fundo municipal de saúde só se iniciam em novembro de 1994. Segundo LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO (2001), isso se deu em função da ausência prévia de condições para as transferências automáticas de recursos federais, regulamentadas em 30 de agosto de 1994, através do Decreto nº 1.232. Esta modalidade de transferência motivou discussões em torno de critérios para definição dos valores a serem transferidos, iniciando o processo de debates que conduziu à implantação da NOB 96.

> Os municípios habilitados na condição de gestão semiplena passaram a contar com o recurso global da assistência ambulatorial e hospitalar, com plena autonomia para programar a execução destes recursos nas diferentes áreas assistenciais. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 277).

O papel secundário do nível estadual de governo se torna evidente nesta norma, com o predomínio da relação direta entre o nível federal e municipal. Os estados assumem gradativamente funções no sentido do gerenciamento dos sistemas de informações (SIA-SUS e SIH-SUS), assim como funções relacionadas às programações físico-orçamentárias e as críticas dos faturamentos a ser apresentado ao MS para pagamento.

Considerando seus aspectos gerais, podemos dizer que a NOB-SUS 93 desencadeia o processo de municipalização da gestão atrelado à habilitação dos municípios nas condições de gestão então instituídas. Cria-se um sistema de transferências regular e sistemático, inaugurando as transferências fundo a fundo; habilitam-se os municípios como gestores, e apesar de sua fragilidade, os estados passam também a assumir papel de gestores, sendo a constituição das CIB (estado) e da CIT (nacional) importantes espaços de negociação, pactuação e articulação integrando os gestores do SUS.

Segundo Lima, Gerschman e Edler (2005, p. 225), referindo-se à criação das comissões bipartites e tripartites:

> A criação, neste período, das Comissões Intergestores Bipartites e Tripartite, representaram fundamentalmente, o estabelecimento de um espaço de concertação das políticas setoriais entre as três esferas de governo, constituindo-se, também, em mecanismo de democratização do poder decisório. Foi nesse espaço de pactuação que foi sendo construída, num demorado, mas democrático processo, a NOB 96.

2.3 NOB SUS 01/96

A negociação e formulação da NOB 96 se dão a partir das comissões supracitadas, que se caracterizam como foros que viabilizam a integração entre as esferas de governo e seus representantes. Todo o processo de formulação até a edição final desta NOB, centrada no estabelecimento de condições em torno à autonomia da gestão dos governos subnacionais, dura cerca de um ano, até sua publicação em 05 de novembro de 1996, através da Portaria nº 2.202.

Sua implantação ocorre efetivamente apenas em 1998. Seus principais objetivos podem ser assim resumidos:

- a promoção e consolidação do pleno exercício de gestão pelo poder municipal, ou seja, o município sendo responsável pela saúde de seus habitantes; cada gestor tem caracterizada sua responsabilidade sanitária; os municípios passam a ser responsáveis diretos pela atenção básica;
- o aumento percentual das transferências fundo a fundo dos recursos federais aos municípios;
- a extensão desta modalidade de transferência aos estados;
- a redução das transferências por remuneração de serviços produzidos;
- o fortalecimento da gestão do SUS, sendo o espaço de negociação e pactuação as CIBs e CIT;
- a adscrição da clientela, de modo a definir a autoridade responsável pela saúde do cidadão. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Para que os objetivos propostos pudessem se tornar, viáveis foram previstas algumas medidas no sentido de sua efetivação. A criação da PPI (Programação Pactuada e Integrada) é um dos mecanismos deste processo de planejamento e programação entre os níveis de governo.

Neste sentido, a PPI deve traduzir o complexo processo de organização do sistema entre os governos e definir claramente as responsabilidades, competências e todo o arcabouço de relações de parceria. Ou seja, deve tratar da definição clara das referências entre as instâncias de governo, os recursos e os tetos financeiros,

para que se possa garantir ao cidadão o acesso à saúde definido na Constituição, no qual a relação gestor-gestor seja a articulação principal.

A PPI inicia também o processo de parceria entre os municípios, para que se possa dar conta da demanda apresentada pela população. A PPI atribui um papel de maior valor aos estados, pois são eles os articuladores diretamente responsáveis por sua elaboração. O sistema de controle, avaliação e auditoria também é aprimorado através desta relação direta entre as ações dos municípios, e se torna efetiva a alimentação dos Bancos de Dados Nacionais.

O estabelecimento de novas condições de gestão possibilita o aumento regular e automático das transferências fundo a fundo e dos incentivos financeiros distribuídos de acordo com a capacidade e a organização dos sistemas de saúde dos estados e dos municípios.

E finalmente, para dar conta dos objetivos desta NOB, adota-se como estratégia principal a atenção básica, com o incentivo a ampliação dos programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, e é nesta medida que se estabelece no cenário dos incentivos o PAB (Piso da Atenção Básica), ao qual nos ateremos adiante. Por ora destacamos que os incentivos vão custear, através de recursos federais e de mecanismos de controle, as ações da atenção básica. Podemos assim dizer que a introdução dos incentivos através do PAB é uma inovação desta NOB.

Com relação às condições de gestão, a NOB/SUS 96 cria condições de gestão nos moldes da NOB 93, condições de gestão para estados e municípios. Para os estados, são as seguintes condições de gestão: Avançada do Sistema Estadual e Plena do Sistema Estadual; para os municípios, as condições Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal.

> Para cada uma dessas condições de gestão foram previstas modalidades de repasse/transferência de recursos federais, divididas entre o custeio da assistência hospitalar e ambulatorial, as ações de vigilância sanitária e as ações de epidemiologia e de controle de doenças. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 279).

O repasse de recursos se dá diretamente do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde (transferências fundo a fundo).

> Contudo, durante a vigência da NOB 01/96, em particular ao longo do ano de 1999, diversas alterações ocorreram no arcabouço de repartição de recursos previsto na NOB 01/96. Através de inúmeras portarias, o Ministério da Saúde buscou direcionar ainda mais a forma de repasse, aumentando alguns dos valores previstos para os incentivos per capita, agrupando e desagrupando parcelas para compor os tetos financeiros, parcelas as quais são sujeitas a diferentes condicionalidades para que sejam transferidas. (FAVERET, 2002, p. 96).

As referidas portarias, com vigência até o final de 2000 (Levcovitz; Lima; Machado, 2001, p. 279), são responsáveis por sucessivos aperfeiçoamentos e esclarecimentos no processo de transferências fundo a fundo.

- O Piso Assistencial Básico (PAB) passa a ser chamado de Piso da Atenção Básica, mudança de nomenclatura que se justifica pela ampliação da abrangência de sua cobertura.
- O PAB é dividido em duas partes: PAB fixo e PAB variável. Os municípios que são habilitados nesta NOB passam a receber valor na faixa de R$ 10,00 a R$ 18,00 reais *per capita* ao ano diretamente fundo a fundo; a parte variável tem a mesma dinâmica de transferência, condicionada ao cumprimento de requisitos de portarias do MS e destina-se a algumas ações e programas, como é o caso do PACS, PSF, PCN e AFB.
- A criação de mecanismos de financiamento específico para vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental: os recursos são transferidos diretamente ao FMS, estruturados com normas específicas do MS, com negociação e aprovação nas CIBs, com contrapartida de recursos estaduais e municipais.
- Criação do FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação), com o objetivo de financiar ações e programas específicos do MS e ações de alta complexidade (medicamentos excepcionais, transplantes e radioterapia).

Os cenários das NOBs, com a tentativa de dar forma e direção ao financiamento do SUS, apesar de seus incipientes avanços com as NOBs anteriores à NOB 96, conferem importantes avanços no processo de descentralização, assim como apontam problemas e distorções, colocando novos desafios ao SUS.

No que se refere à habilitação, esta NOB, como coloca abaixo Levcovitz; Lima; Machado, tem adesão significativa dos municípios brasileiros.

> A maior parte das habilitações de municípios ocorreu no ano de 1998. Nos anos de 1999 e 2000, houve uma desaceleração das habilitações. Em dezembro de 2000, 99% dos 5.506 municípios brasileiros já estavam habilitados em uma das condições de gestão da NOB 96, sendo a maioria em Gestão Plena da Atenção Básica e 523 municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal. Portanto, em três anos de implementação da NOB, a quase totalidade dos municípios passa a receber diretamente em seu fundo municipal de saúde os recursos federais para assumir as responsabilidades sobre a atenção à saúde da população. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 280).

A NOB 96 estabelece critérios de financiamento que proporcionam a expansão e consolidação da atenção básica, no que se refere especificamente aos Programas PACS e PSF, na medida em que, ao criar o PAB, e com a criação do componente específico PAB-variável, destina um percentual variável por grupo de população efetivamente coberta pelos programas PACS e PSF.

Os incentivos traduzem a forma indutiva de trazer os municípios ao SUS, tendo como resultado a consolidação do PSF especificamente, em todo o país se dá no período da implantação da NOB 96 com a perspectiva de aporte de mais recursos disponíveis no PAB variável, “em dezembro de 2000 já atingiam, respectivamente, 51,5% e 22,5% da população brasileira com cobertura variável entre as regiões do país” (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 286).

2.4 NOAS 2001/2002

O papel das NOBs, promovendo e aprofundando o processo de descentralização, é inquestionável. Entretanto, os problemas relativos ao financiamento mantêm-se constantes dentro do SUS, dado o quadro de insuficiência crônica de recursos.

Os avanços promovidos, em especial pela NOB 96, não dão conta de resolver os problemas de arranjos entre municípios. Os municípios com capacidade instalada de oferta de serviços de média e alta complexidades apresentam restrições em atender à demanda de pacientes de outros municípios, cuja rede assistencial é menos resolutiva no que diz respeito aos níveis de atenção acima. Aparentemente, imaginava-se superar tais problemas com a proposta prevista na PPI. No entanto, a

PPI não é implantada de forma suficientemente ampla, mantendo o problema de planejamento e programação entre os níveis de governo.

O enfrentamento desse problema, no que se refere à organização da rede entre os governos municipais, é discutido entre os órgãos de representação do SUS (CONASS, CONASEMS e CNS), resultando, em janeiro de 2001, na publicação da NOAS/2001 (Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001). Seus objetivos são assim definidos:

- o artigo 1º: amplia a responsabilidade dos municípios na Atenção Básica;
- define o processo de regionalização da assistência;
- cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS; e
- procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Faveret (2002) refere-se às NOAS/2002, como uma proposta, de certa maneira a especialização dos municípios em categorias às quais eles se qualificam em blocos, como região ou microrregião, sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde, categorias estas relacionadas a conjuntos de ações de diferentes graus de complexidade.

O processo de regionalização proposto é assim definido pela Portaria:

> O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis". (BRASIL, 2001).

Para Faveret (2002, p. 100), este processo, que se apresenta sob diferentes graus de complexidade, faz parte:

> A ampliação do PAB Fixo (PAB Ampliado), com a incorporação de procedimentos que permitam maior resolutividade neste nível de assistência para todos os municípios; o estabelecimento de um primeiro nível de assistência de média complexidade que garantirá a resolutividade do PAB Ampliado – o chamado Elenco Mínimo de Procedimentos de Média Complexidade Ambulatorial (EPM-1 ou M1), que poderá ser provido por um município habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal para a sua própria população (sendo chamado de módulo assistencial.) ou

> como referência para municípios vizinhos (sendo então denominado de pólo microrregional.); a média complexidade ambulatorial e hospitalar, cujos recursos serão disponibilizados para o conjunto dos municípios através de pactos estabelecidos via PPI e de acordo com o Plano Diretor de Regionalização estadual; a alta complexidade, a ser financiada com recursos do FAEC, ficando a cargo do Ministério da Saúde a definição de normas e diretrizes nacionais da política de Alta Complexidade e o gestor estadual, por sua vez, responsável pela gestão da política no estado. Os municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema apenas organizam a assistência neste nível de complexidade.

Apesar de suas propostas inovadoras, mas extremamente complexas, a regulamentação acima se manteve no cenário das reformas estruturais por apenas um curto período de tempo, apresentando problemas operacionais como a dificuldade de estabelecer o comando único, de assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais e de superar a fragilidade da efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais.

Durante sua curta existência, a NOAS-SUS 01/01 mostrou problemas operacionais. Por essas razões, foi substituída pela NOAS-SUS 01/02, de 27 de fevereiro de 2002, que, contudo, manteve as propostas centrais da norma anterior.

Com relação ao seu papel na construção do processo de descentralização e na perspectiva de superação dos diversos problemas dentro do sistema de saúde, concluímos as descrições sobre as NOAS citando Brasil (2007):

> As Normas Operacionais de Assistência a Saúde de 2001 e de 2002 além de mais restritas à assistência à saúde propriamente dita, não trouxeram novidades na parte de mecanismos e critérios para transferência de recursos. Essas Normas estavam mais direcionadas a estabelecer uma nova proposta para a regionalização das redes de serviços e mecanismos mais concretos para a regulação do acesso por meio da implantação de complexos reguladores que congregassem unidades de trabalhos responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros serviços. (BRASIL, 2007, p. 139)

2.5 Mudanças recentes: O Pacto pela Saúde 2006

No processo de revisão incremental do SUS quanto à construção das formas de repasse de recursos e de incentivos financeiros à descentralização, cabe a referência à instituição do Pacto pela Saúde, instituído pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que contempla criação de blocos de financiamento.

> O Pacto pela Vida define os principais compromissos dos gestores do SUS, em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira (Saúde do Idoso; controle do câncer de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e

> influenza; promoção da saúde; e fortalecimento da rede básica). O Pacto em Defesa do SUS busca reforçar o fortalecimento do SUS como política pública e a defesa de seus princípios constitucionais. Por fim, o Pacto de Gestão envolve o estabelecimento de diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação na saúde. (BRASIL, 2007, p. 139).

A regulamentação do processo de operacionalização dos pactos vai-se construindo através da edição de portarias em 2007, a Portaria G/M nº 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle, cujos recursos federais destinados a ações e serviços de saúde se dão através de blocos de financiamento, a saber:

I. Atenção Básica;
II. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
III. Vigilância em Saúde;
IV. Assistência Farmacêutica; e
V. Gestão do SUS.

Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, definidos de acordo com as especificidades das ações e os serviços de saúde pactuados em cada bloco. No que se refere ao Programa Saúde da Família, sua inserção se dá no bloco da atenção básica, no componente Piso da Atenção Básica Variável (PAB variável).

Em abril de 2009, o financiamento passa a se dividir em seis blocos e não mais cinco. Através da Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009, é inserido o sexto bloco do financiamento, que é o de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Não existem ainda trabalhos de apreciação dos resultados do pacto, ainda muito recente. Entretanto, as mudanças no financiamento, nele anunciadas, não passaram até agora de mero rearranjo formal.

CAPITULO 3 - O Programa Saúde da Família

Ao fazer uma resenha da história do Programa Saúde da Família no Brasil, iniciamos com uma consideração sobre o termo utilizado para a definição desta proposta. Programa ou Estratégia? O PSF é introduzido dentro do SUS como um programa e, a partir de 2006, com a publicação da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica, o Programa Saúde da Família é elevado ao patamar de estratégia prioritária para a organização da atenção básica. Assim, passa a ser denominado de Estratégia Saúde da Família.

3.1 A Introdução do PSF no cenário das políticas de saúde no SUS

O processo de reforma do sistema de saúde brasileiro é considerado como um *big bang*, ou seja, as mudanças a partir da Constituição são expressivas e significativas, introduzem mudanças em todo o funcionamento do sistema de saúde no país em curto espaço de tempo. As mudanças sucessivas que vão se construindo na operacionalização do sistema são definidas como reformas incrementais, que são um conjunto de mudanças no desenho e na forma de operar a política (VIANA; DAL POZ, 2005).

O Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde provocaram alterações na forma de operar o sistema de saúde na perspectiva das mudanças no modelo assistencial.

> O programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) estão provocando alterações tanto nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, quanto na forma de organização dos serviços. (VIANA; DAL POZ, 2005, p. 229).

Na perspectiva dessa nova lógica de atenção à saúde, o financiamento se configura como elemento decisivo para a implementação das ações propostas e para a própria consolidação definitiva do SUS, onde os municípios são os elementos centrais do processo de descentralização, e o Programa Saúde da Família se destaca, favorecendo a integração dos municípios ao SUS.

A introdução do Programa Saúde da Família (PSF) no cenário das políticas de saúde no Brasil se dá na década de 90, como parte do processo de construção de políticas voltadas para a ampliação da oferta de serviços e a extensão da cobertura populacional, em especial nas regiões mais pobres do país. Esta intenção se materializa em 1991, com a introdução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), antecessor do PSF. O PACS, implantado em 1991, inicia a mudança do modelo assistencial, ao deslocar o foco de atenção das ações de saúde para a família. Sua implantação teve como objetivo central a redução da mortalidade infantil e da mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, estendendo a cobertura da Saúde para as regiões mais pobres e desvalidas.

> A partir da experiência acumulada pelo Estado do Ceará com o Programa de Agentes Comunitários ali implantados, houve a percepção, pelo próprio Ministério da Saúde, de que os agentes poderiam também ser peça importante para a organização do serviço básico de saúde no município. (VIANA; DAL POZ, 2005, p. 231).

A implementação do PACS não se constitui em mais um programa de cunho vertical do Ministério da Saúde, mas sem dúvida foi um braço auxiliar da implementação do SUS na organização dos sistemas locais de saúde. Para aderir ao PACS e receber o incentivo financeiro correspondente, os municípios devem instituir Conselhos Municipais de Saúde, criar uma unidade básica de saúde para o programa com um coordenador (profissional de nível superior), além de criar o Fundo Municipal de Saúde. Assim, o PACS se tornou um instrumento de reorganização dos modelos locais de saúde (VIANA; DAL POZ, 2005).

Com a experiência e o êxito do PACS e a necessidade da incorporação de novos profissionais no atendimento às demandas apresentadas, o caminho está aberto para a criação do PSF, definida em reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, sobre o tema Saúde da Família, no gabinete do ministro da Saúde, Dr. Henrique Santillo (VIANA; DAL POZ, 2005, p. 232).

Esse momento singular na instituição do PSF reuniu vários atores no cenário da discussão, dentre eles, técnicos do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais e ainda, consultores internacionais.

> Foi um momento importante, pois agregou técnicos das regiões Sudeste e Sul do País, e as experiências inovadoras nessas regiões, rompendo com o isolamento do PACS, isto é, com o seu confinamento às regiões Norte e Nordeste. (VIANA; DAL POZ 2005, p. 232).

A partir de 1994, o Programa Saúde da Família é implantado com a pretensão de ser um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização de suas ações e serviços. O PACS e o PSF são articulados como dois programas independentes, cuja operacionalização depende um do outro para seu funcionamento. Ou seja, os agentes comunitários de saúde são parte integrante do PSF, embora onde o PSF não existe, o PACS possa continuar atuando de forma independente.

À época de sua implantação (1994), a atuação do PSF era direcionada prioritariamente para áreas de risco, definidas a partir do Mapa da Fome do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). Além dessas definições iniciais sobre áreas prioritárias, é definido também o financiamento do programa.

> O mecanismo de financiamento desse período é o convênio firmado entre Ministério da Saúde, estados e municípios, com exigências de contrapartidas e critérios de seleção de municípios (áreas citadas pelo Mapa da Fome), obedecendo aos seguintes fatores: interesse da comunidade, necessidades locais de saúde, oferta de serviços, estudo da demanda, existência de apoio diagnóstico terapêutico e disposição da administração municipal. (VIANA; DAL POZ, 2005, p. 233).

Para que os municípios pudessem assinar o convênio, umas das exigências era a existência de Conselho Municipal de Saúde, fato que favorece a participação popular. Ao estar atrelado ao convênio, o mecanismo de financiamento revela-se limitado e burocrático, além de pouco flexível. Estas questões são prontamente observadas pelos técnicos do MS, que destacam ademais a contradição entre a forma convenial e os propósitos de descentralização do SUS (VIANA; DAL POZ, 2005).

A partir de 1995, com a reestruturação de departamentos[2] no Ministério da Saúde, dá-se maior importância ao PSF, especialmente no que se refere ao

[2] Em 1995, quando o ministro Adib Jatene assumiu o Ministério da Saúde, o programa foi transferido da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência a Saúde (SAS). Essa transferência significou um rompimento com a idéia de programa vertical, operando através de convênio (tradição dos programas verticais da Fundação Nacional de Saúde), sinalizando sua maior importância dentro do ministério e outro tipo de institucionalização do PSF. (VIANA e DAL POZ, 2005).

desenvolvimento de novas técnicas e abordagens profissionais (VIANA; DAL POZ, 2005).

Com a transferência do programa para a SAS, a questão do financiamento emerge em discussões acerca da remuneração dos procedimentos realizados pelas equipes, neste momento associada à tabela de procedimentos do SIA-SUS, com a superação da forma adotada inicialmente. O caráter inicial de programa é substituído por uma visão mais ampla, como comentado no início deste capítulo, no sentido da reestruturação dos serviços e da organização e de reestruturação do próprio SUS. A Política Nacional de Atenção Básica[3] adota o Saúde da Família como sua estratégia prioritária. Sobre esse divisor de conceitos e de atuação do programa, Mattos coloca que:

> A história do PSF pode ser dividida em dois períodos: um primeiro, que vai desde a sua criação até 1996, no qual ele era visto predominantemente como uma estratégia de expansão de cobertura do acesso aos serviços de saúde; e um segundo, a partir de 1996, no qual é considerado uma estratégia de transformação do modelo assistencial, com a pretensão de substituir as práticas tradicionais de atenção básica. (MATTOS, 2002, p. 82).

Não somente como transformador do modelo assistencial, o PSF induz positivamente as discussões sobre o financiamento, o que se dá de forma concreta com as mudanças propostas na NOB 96, especificamente com a criação do PAB (piso da atenção básica), que é dividido em fixo e variável, sendo a parte variável responsável pelos recursos adicionais as equipes de PSF.

Implantado a partir de março de 1998, através da Portaria nº 2.121/GM, o PAB passa a dispor de um modo de financiamento tendo por base as transferências de recursos *per capita*. O cálculo para cada município tem por base um valor *per*

[3] A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural, e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de vida saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006A, p. 10-11).

capita que é transferido de forma automática na modalidade fundo a fundo (Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde). A nova sistemática substitui a forma anterior de remuneração da prestação de serviços (SOUZA, 2003).

> Enquanto os recursos do PAB fixo são transferidos tendo por base o valor *per capita, o* valor do PAB variável depende da adesão do município a programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde, tais como os Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família. (SOUZA, 2003, p. 451).

Os recursos do PAB variável são integrantes do Bloco da Atenção Básica, onde representa a fração dos recursos federais para o financiamento das estratégias nacionais de organização da atenção básica. Para terem direito a este financiamento específico, os municípios devem aderir a estratégias como a Saúde da Família (BRASIL, 2006A).

A definição dos incentivos foi descrita na NOB 96, com o estabelecimento dos seguintes valores para o PSF:

- acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município;
- acréscimo de 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e
- acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município. (BRASIL, 1997, p. 20).

A partir de 2006, com a publicação da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, os critérios de repasse de recursos para a Estratégia Saúde da Família são definidos através da Portaria nº 650/GM de 28 de março de 2006, em modalidades de incentivos, e não mais exclusivamente por população coberta. Na definição desta Portaria, no artigo 1º, são criadas duas modalidades de incentivo às equipes de PSF, assim definidas: nas equipes da Modalidade I[4], o valor dos incentivos foi estabelecido em R$ 8.100,00 mensais para cada equipe; para as equipes da

[4] Todas as equipes implantadas em municípios com população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal, ou com população de até 30 mil habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 nos demais Estados do País, e ainda os que fazem jus ao recebimento de acréscimo de 50% no valor dos incentivos referentes ao total de ESF e ESB que implantar. Assim como, ESF implantadas em municípios não incluídos no estabelecido acima e que atendam a população remanescente de quilombolas e/ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas. (BRASIL, 2006A).

Modalidade 2,[5]o valor dos incentivos financeiros foi definido em R$ 5.400,00 mensais para cada equipe. (BRASIL, 2006A).

Esses valores foram sendo revistos e as revisões publicadas através de portarias. A última atualização foi realizada através da Portaria nº 3.066, de 23 de dezembro de 2008, que define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a Estratégia Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional da Atenção Básica, a saber: Modalidade 1, R$ 9.600,00; e Modalidade 2, R$ 6.400,00.

3.2 O Papel indutor do governo Federal na expansão das equipes de Saúde da Família

> A política do Governo Federal nas últimas décadas vem induzindo a organização e fortalecimento técnico-gerencial das secretarias municipais. Parece evidente que na medida em que uma série de pré-requisitos para habilitação dos municípios (plano de saúde municipal, conta PAB, relatório de gestão, fundo de saúde, implantação dos bancos de dados nacionais de saúde, a criação do CMS) é exigida, essa é uma preocupação presente na estrutura normativa montada. (BODSTEIN, 2002, p. 409).

Ao estabelecer-se dentro do SUS como estratégia de reorganização da atenção básica, o PSF, com os pré-requisitos para sua implantação, é um exemplo da organização da gestão municipal, na medida em que esta atende aos requisitos para adesão ao SF.

A implantação da estratégia induz os municípios a gastarem com saúde. Os incentivos financeiros são um atrativo à adesão ao programa. E ao estabelecer-se de forma definitiva no interior do SUS, é um instrumento de reestruturação deste sistema.

> É evidente o papel do PSF – no início implícito, e depois explícito – de instrumento de reorganização e reestruturação do sistema público de saúde. Pode-se afirmar que o programa foi primeiro, uma alavanca para a organização dos sistemas locais de saúde, á medida que impôs uma série de pré-requisitos para a assinatura dos convênios (funcionamento do fundo e do conselho municipal de saúde); segundo, funcionou como mecanismo de pressão no processo de descentralização, através da exigência de enquadramento na NOB-93, com vistas ao recebimento de recursos; terceiro, teve papel fundamental na mudança dos critérios de pagamento do sistema, resultando na institucionalização, através da NOB-96 (sobre transferência per capita). (VIANA; DAL POZ, 2005, p. 239).

[5] São as ESF implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.

Por ser uma fonte adicional de recursos, os incentivos às equipes ocasionaram rápida expansão do programa nos municípios brasileiros, e para muitos, a entrada no SUS.

Para ilustrar a expansão do PSF no território nacional, a tabela I, a seguir, mostra que nos anos recentes (2003 a 2007), o programa teve um aumento superior a oito mil equipes. Este fato tem correspondência com vários fatores relacionados ao programa no que se refere à mudança do modelo assistencial, e com correspondência direta a ser uma fonte adicional de recursos.

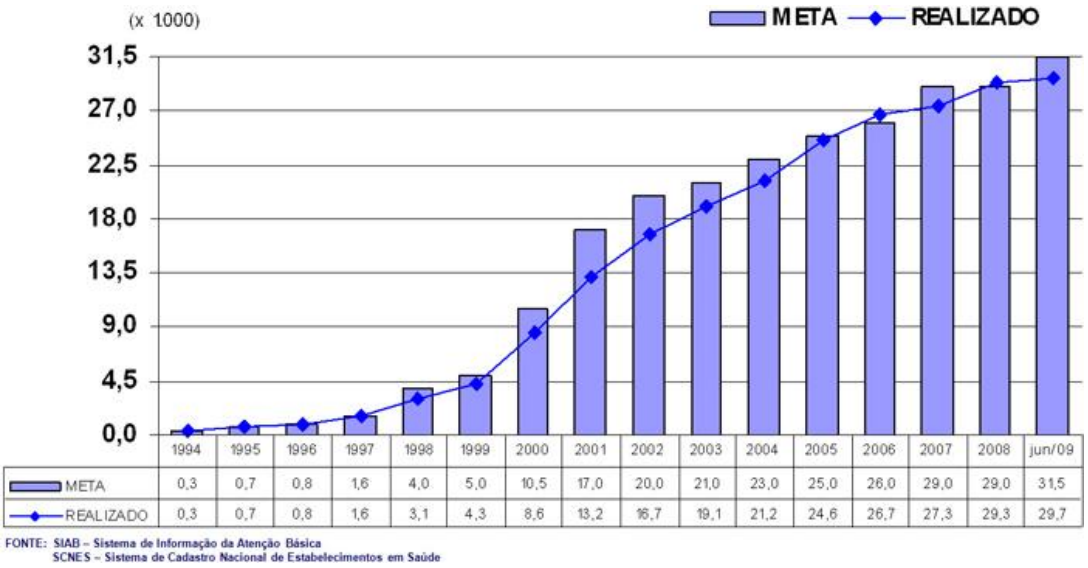
Tabela I – Número de Equipes de Saúde da Família no Brasil, de 2003 a 2007

Ano	Total de Equipes implantadas	Total de Municípios	% de municípios	Cobertura Populacional
2003	19.000	4,4 mil	79%	35,7%
2004	21.3 mil	4,6 mil	83%	39%
2005	24.600	4.986	90%	44,4%
2006	26.729	5.106	92%	46,2%
2007	27.324	5.125	92%	46,6%

Fonte: elaboração própria, a partir de http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros. Acesso em: 04/08/2009

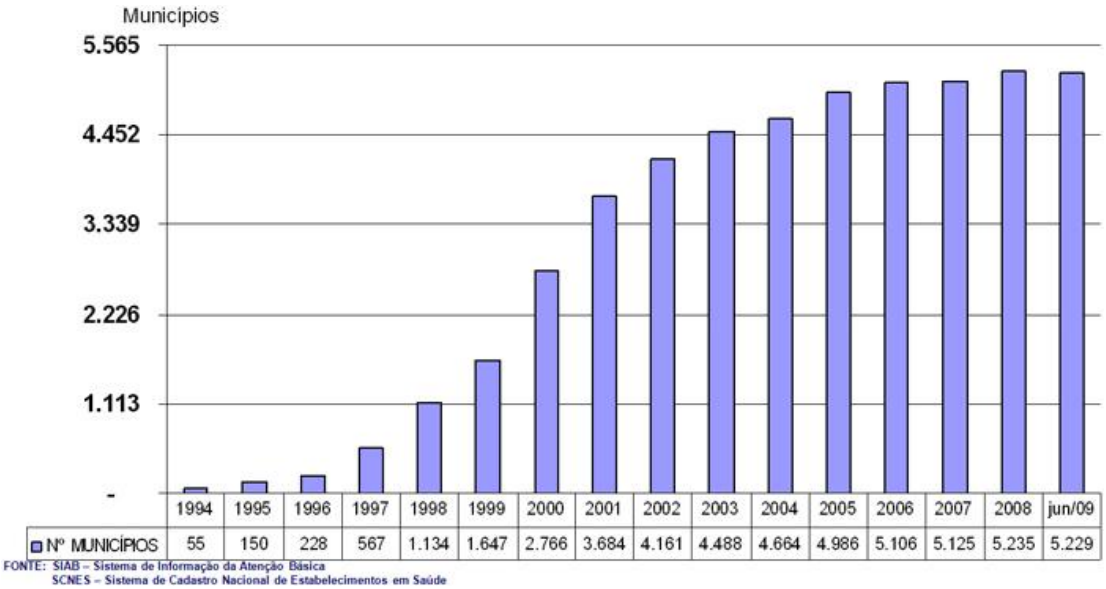
Conforme dados do DATASUS, através do Departamento de Atenção Básica, a partir de sua implantação em todo o território nacional, o programa tem apresentado um curva ascendente, em relação à meta e ao número de equipes implantadas (gráfico 1) e com o mesmo desempenho com relação ao número de municípios com o SF implantado (gráfico 2):

Gráfico 1 - Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas - BRASIL - 1994 – JUNHO/2009



Fonte: WWW.saude.gov.br/ Acessado em 01/09/2009 as 10:30h.

Gráfico 2 - Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas - BRASIL - 1994 – JUNHO/2009



Fonte: WWW.saude.gov.br/ Acessado em: 01/09/2009.

3.3 Saúde da Família: desafios a serem superados

O Saúde da Família foi formulado em um período considerado de vazio programático, nos níveis federal, estadual e municipal. As três instâncias de governo não tinham nenhuma proposta nova e efetiva para o sistema, a política de saúde seguia em inércia, havendo uma repetição dos modelos de atendimento anteriores (VIANA; DAL POZ, 2005).

A introdução do programa no cenário das políticas de saúde no SUS e sua forma organizativa na perspectiva do financiamento, como descrito acima, inevitavelmente levam os municípios a aderirem à proposta, por ser uma fonte adicional de recurso. As regras de distribuição dos incentivos, sejam do Governo Federal e/ou dos governos estaduais, induziram a implantação de centenas de novas equipes municipais, muitas vezes sem a menor possibilidade de serem mantidas sem esses repasses (MARQUES; MENDES, 2003, p. 412).

Ao considerar esta rápida expansão, é preciso também que se considere o porte população dos municípios em que o programa foi implantado. Em pequenos municípios, com pequena ou quase nenhuma arrecadação de impostos, um sistema de saúde com uma estrutura frágil de oferta de serviços, o programa é o único modelo de assistência existente. Além disso, para os pequenos municípios, a implantação de um pequeno número de equipes significará a cobertura, em muitos casos, de 100% de sua população,[6] o que não acontece com a mesma velocidade em grandes municípios.[7]

> Uma vez que os incentivos constituem a única maneira de os municípios viabilizarem recursos novos, a política de saúde a eles associada pode não corresponder às necessidades locais. Mais do que isso, como os valores repassados pelo Ministério não cobrem o custo real dos serviços, os municípios acabam financiando em parte as políticas federais, mesmo quando estas não constituem sua prioridade, o que compromete ainda mais qualquer ação voltada às necessidades de sua população. (MARQUES; MENDES, 2002, p. 91).

É evidente que as questões já colocadas sobre o que significa a introdução no cenário da atenção básica das Equipes de Saúde da Família constituem a

[6] A Política Nacional de Atenção Básica define como um dos itens necessários para implantação das Equipes de Saúde da Família, a existência de equipe multiprofissional responsável por no máximo 4.000 habitantes, com uma média recomendada de 3.000 habitantes. (BRASIL, 2006A).

[7] Sobre a questão dos problemas e desafios para a implantação do programa em grandes municípios, ver CAETANO e DAIN (2002).

integração dos municípios ao SUS, a reversão do modelo assistencial, a introdução de recursos específicos com a introdução do PAB variável, dentre outras. No entanto, há que se refletir sobre a real capacidade de indução dos incentivos federais a política de saúde, assim como sobre a capacidade de gestão local para estruturação de UBS e de contratação de pessoal “exclusivo” para atuar nas equipes implantadas.

Além do mais, a autonomia do município na condução das ações de suas equipes esbarra em dificuldades na implantação do PSF, relacionadas às suas normas e regras, centradas no Ministério da Saúde, que define o formato das equipes, parâmetros de cobertura, funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde no território e os diversos modos de fazer. A não-adesão às mesmas é fator excludente dos municípios na operacionalização das equipes e, automaticamente, no financiamento.

Ao assumir essa postura verticalizada, o MS impede novas formas de operar a estratégia, redirecionando para um modelo único, distante das distintas realidades existentes no Brasil. A normatização excessiva, além de ser contraditória aos princípios da estratégia, reforça o tradicional centralismo das políticas de saúde. (CAMPOS, 2007).

Apesar deste posicionamento centralizador e do estabelecimento de normas e regras para a implantação e operacionalização das políticas de saúde no Brasil.

> O processo de descentralização do SUS ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais. Dessa forma, tornou mais complexo e desafiador para os gestores operar o Sistema, com vistas a superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão. (CAMPOS, 2007, p. 56).

A Estratégia Saúde da Família está inserida na atenção básica, numa construção sem volta, e sua participação no processo de construção e superação dos desafios apresentados pelo SUS se dá num país extremamente heterogêneo, operando na superação da insuficiência da oferta de serviços e atuando na linha de frente dos problemas de saúde das comunidades. De forma geral, a Estratégia Saúde da Família, ao ser implantada com responsabilidade política – cujos atores envolvidos (gestores, comunidade, conselhos) tenham a real dimensão do incentivo

financeiro e da contrapartida necessária –, sobretudo naqueles municípios cujo arranjo para a oferta de serviços é incipiente, será a possibilidade do atendimento de uma demanda que, em muitas regiões do país, permanece num vazio de oferta de serviços.

Para os municípios que têm na ESF a possibilidade da busca por recursos financeiros, sem considerar todo o processo posterior à implantação das equipes (aumento da demanda de atendimentos, de exames e de vários outros itens), haverá vários enfrentamentos para efetivamente cumprir com os requisitos da estratégia, assim como para a manutenção das equipes.

3.4 A participação dos estados no financiamento do PSF

Uma vez que o Governo Federal tem apoiado a adesão do PSF não apenas como um programa, mas como estratégia estruturante da atenção básica, parte significativa dos incentivos financeiros consubstanciados no PAB tem sido destinada ao PSF. Isso faz com que, de fato, a busca por obtenção de recursos determine a opção formal dos municípios por esta alternativa, sem levar em conta, necessariamente, a capacidade real de funcionamento segundo as diretrizes do PSF. Para reforçar as transformações necessárias, vários estados têm apoiado a opção municipal pelo PSF.

3.4.1 A alocação de recursos dos estados ao PSF

Na esteira do Governo Federal, também as Secretarias de Estado da Saúde (SES) têm incentivado a implantação do PSF nos últimos anos, uma vez que esse programa constitui a principal estratégia para o fortalecimento do nível de atenção básica, assumida pelo SUS como sua porta de entrada.

Algumas Secretarias Estaduais de Saúde, como os casos de: Mato Grosso do Sul, São Paulo, Mato Grosso, Amapá, Tocantins, Paraná, Espírito Santo, Minas Gerais, Sergipe e Ceará, proporcionam incentivos financeiros para a implantação do PSF, ainda que utilizando diferentes critérios de repasses. Algumas dessas secretarias alocam recursos somente a municípios mais pobres (rurais; com baixo

Índice de Desenvolvimento Humano – IDH; comunidades assentadas e quilombadas), e outras buscam atrelar os repasses à expansão da cobertura de saúde da população, através da criação de equipes de saúde da família para todos os municípios. O quadro I apresenta, de forma sintética, os diferentes tipos de incentivos financeiros utilizados pelos governos estaduais para a implantação do PSF.

A necessidade de complementação de recursos para a implantação do PSF constitui o principal motivo para que essas Secretarias estaduais de Saúde concedam incentivos aos municípios. Observa-se, no quadro I, que a maioria dos estados prioriza a utilização de incentivo financeiro no lugar de, por exemplo, doação de equipamentos, reforma ampliação ou construção de unidades, doação de medicamentos e pagamento de recursos humanos. Segundo pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, entre todos os tipos de incentivos estaduais ao PSF, o financeiro corresponde a 48,6%; enquanto “fornecimento de material didático/educativo”, 36,0%; “insumos/medicamentos”, 27,2%; equipamentos, 20,5%; e recursos humanos, 17,7% (BRASIL/SAS, 1999).

Quadro I - Incentivos estaduais ao PSF Tipo de incentivos e critérios utilizados

Mato Grosso do Sul	
	Área rural • R$15 mil por equipe/ano Área urbana • R$12 mil por equipe/ano Equipes Saúde Bucal • modalidade I: R$5,4 mil por equipe • modalidade II: R$7,2 mil por equipe • mais R$3 mil por equipe implantada, para compra de instrumental e equipamentos odontológicos. Caso a equipe seja desativada no prazo inferior a um ano, o adicional será descontado futuramente dos recursos do FMS
São Paulo	**Custeio** • R$8,5 mil por equipe/mês • municípios com baixo IDH • municípios com áreas de assentamento e comunidades quilombadas **Investimento** • na área de comunicação; meio de transporte; construção e reforma de unidades de saúde da família • municípios com áreas de assentamento e comunidades quilombadas
	Custeio/Recursos Humanos • pólos de Campinas e Botucatu – capacitação, formação e educação permanente.
Mato Grosso	• Incentivo à contratação de equipes de saúde da família, incluindo valores adicionais de até 100% sobre o valor repassado, caso os municípios consigam alcançar os níveis de cobertura estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde. • Os municípios do Baixo Araguaia e do nordeste do Estado recebem R$24 mil por ano e os demais municípios, R$14 mil. • Recursos para o aumento da oferta dos serviços básicos de saúde da família dos assentamentos rurais através do Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais (PASCAR).
Amapá	• R$1 mil por equipe/mês
Tocantins	• R$1 mil por enfermeiro/mês • R$1,5 mil por médico/mês • Supervisão, acompanhamento, avaliação e seleção dos agentes comunitários de saúde • Cessão de odontólogos, biomédicos nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos, bioquímicos e outros profissionais de saúde aos municípios.
Paraná	• Distribuição de kits com material médico (estetoscópio, esfigmomanômetro, otoscópio, etc.)
Espírito Santo	• R$2,5 mil por equipe/mês para:municípios com população até 14 mil habitantes abrangendo, no mínimo, 80% da cobertura populacional e municípios na área da Sudene, com população até 25,5 mil habitantes
Minas Gerais	Recursos distribuídos conforme população efetivamente atendida.
Sergipe	• Cessão de médicos, enfermeiros e especialistas que integram a unidade de referência para esclarecimento de diagnóstico. • Cessão de veículos e equipamentos (termo de comodato)
Ceará	• Recursos distribuídos para custeio e investimento das unidades básicas de saúde da família dos municípios.

Fonte: Departamento de Atenção Básica/MS, em levantamento realizado em junho de 2001. As informações dos estados do Ceará e do Mato Grosso foram extraídas da oficina de trabalho sobre financiamento e alocação equitativa de recursos, realizada no Ceará, em junho de 2002.

No caso do Estado do Paraná, os incentivos foram definidos na Resolução SESA, nº 283/2004. Esta, em seu artigo 2º, institui um incentivo estadual ao PSF de R$ 1.000,00 por equipe de PSF implantada, em municípios que tenham um IDH abaixo da média do estado (0,786). Para os municípios cujo IDH esteja acima da média do estado, esse valor foi fixado em R$ 500,00 por equipe de PSF implantada.

CAPITULO 4 – Cenário do Estudo

4.1 Aspectos gerais do Estado do Paraná e da Regional dos Municípios selecionados

Segundo informações do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), o Estado do Paraná, situado na Região Sul do país, conta com uma área geográfica de 199.314,85 km^2 e possui 399 municípios. Sua localização é estratégica em relação ao MERCOSUL, sendo que os maiores centros econômicos do Brasil estão localizados numa faixa de 1.300 quilômetros ao seu redor. Sua população, no ano de 2007, foi estimada em 10.284.503 habitantes, o que representa 5,59 % da população do Brasil (IPARDES, 2009).

A concentração de sua população está na capital, Curitiba, que corresponde a (17,47%) da população do estado, seguida por outros oito municípios, conforme mostra a tabela abaixo:

Tabela II: Principais pólos de população urbana do Estado do Paraná

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO 2007	POPULAÇÃO (%)
Curitiba	1.797.408	17,47
Londrina	497.833	4,84
Maringá	325.968	3,16
Foz do Iguaçu	311.336	3,02
Ponta Grossa	306.351	2,97
Cascavel	285.784	2,77
São José dos Pinhais	263.622	2,56
Guarapuava	164.567	1.6
Araucária	109.943	1.06
Outros Municípios	6.088.132	59,08

Fonte: IPARDES (2009). Elaboração própria

Neste estudo, destaca-se a região do município de Cascavel, que é o cenário do estudo ora desenvolvido. O município de Cascavel representa 2,77% da população do estado, sendo a sexta cidade com maior população no Paraná.

> Cascavel pode ser considerado pólo regional, estrategicamente situado no acesso a fronteiras internacionais comandando um subsistema urbano com

> vínculos muito estreitos ao principal pólo do Estado, Curitiba. Destaca-se pelo seu desempenho de funções de alta e média complexidade para o atendimento das demandas regionais. (IPARDES, 2008, p. 49).

A economia da região de Cascavel, segundo estimativas do IPARDES, destaca-se pelo setor primário (agricultura), mas, especificamente no município de Cascavel, a economia tem destaque no setor secundário (indústria). Em relação à concentração industrial, na região do estudo estavam instalados, no ano de 2005, 17 dos 300 maiores estabelecimentos industriais do Paraná segundo o faturamento. Nos municípios do estudo, os maiores estabelecimentos industriais estavam localizados na cidade de Cascavel, totalizando sete, e um na cidade de Cafelândia, estando os demais distribuídos em outros municípios da região (IPARDES, 2008).

4.2 Rede de Assistência à Saúde

A rede de saúde do Estado do Paraná é dividida administrativamente de acordo com Unidades Regionais de Saúde que estão localizadas nas principais cidades de cada sub-região. Através da descentralização regional do acesso à saúde, as unidades administrativas identificam as especificidades regionais e, assim, exercem as atividades de responsabilidade de gestão do sistema de saúde estadual e coordenam o sistema de saúde no âmbito municipal.

A Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA/PR) atua com base em 22 Regionais de Saúde (RS),[8] sendo que o município de Cascavel, sede da 10ª RS, é composto por 25 municípios. Esta regional compõe a amostra de municípios selecionados para o presente estudo. Destaca-se que o papel da Regional de Saúde em relação aos municípios é cooperar tecnicamente na gestão das questões regionais (SESA, 2009).

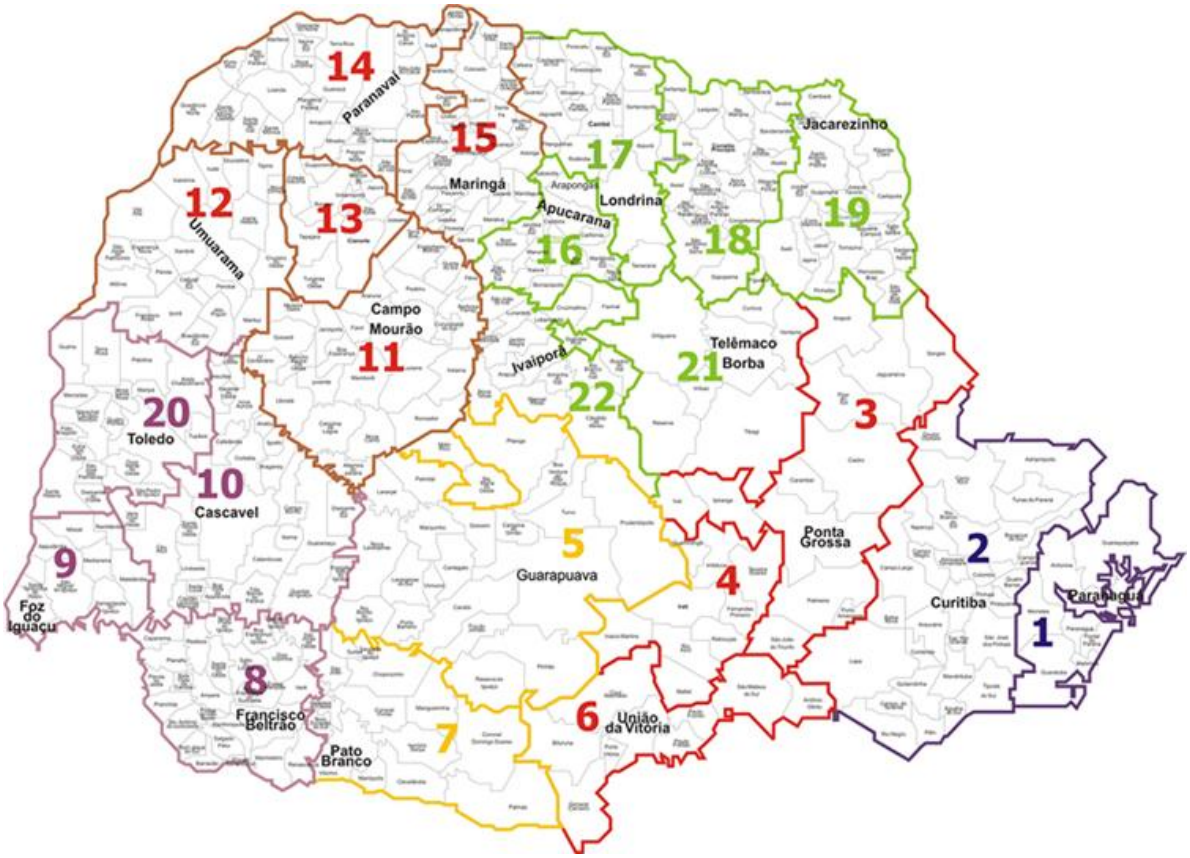
A regionalização é uma diretriz do SUS e possibilita a construção coletiva do desenho das regiões de saúde, sobretudo da organização das ações e dos serviços

[8] 1ª RS. Paranaguá, 2ª RS. Metropolitana, 3ª RS. Ponta Grossa, 4ª RS. Irati, 5ª RS. Guarapuava, 6ª RS. União da Vitória, 7ª RS. Pato Branco, 8ª RS. Francisco Beltrão, 9ª RS. Foz do Iguaçu, 10ªRS. Cascavel, 11ªRS. Campo Mourão, 12ªRS. Umuarama, 13ªRS. Cianorte, 14ªRS. Paranavaí, 15ªRS. Maringá, 16ªRS. Apucarana, 17ªRS. Londrina, 18ªRS. Cornélio Procópio, 19ªRS. Jacarezinho, 20ªRS. Toledo, 21ªRS. Telêmaco Borba, 22ªRS. Ivaiporã (SESA, 2009).

de saúde. É importante fortalecer as negociações e pactuações regionais entre as esferas de governo, visando ao empoderamento dos atores regionais no processo de consolidação do SUS (SESA, 2008).

O mapa abaixo ilustra a localização das 22 regionais de saúde:

MAPA 1 - Localização das 22 Regionais de Saúde do Estado do Paraná



Fonte: SESA/PR (2009).

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNS), os municípios da 10ª RS contam com uma rede hospitalar que atende a média e alta complexidade, conforme se observa na tabela III. Entre os municípios estudados, 17 têm rede hospitalar, totalizando 28 hospitais. Na cidade de Cascavel, encontram-se dez dos 28 hospitais da região, e são estes que atendem à demanda da alta complexidade, os demais atendem à demanda da média complexidade. Os municípios que não têm rede hospitalar encaminham a média e a alta complexidade

para os demais municípios da região através de convênios intermunicipais, dos 28 hospitais 25 atendem ao SUS, com um total de 970 leitos disponíveis.

De acordo com a organização formal do SUS, os níveis de atenção à saúde são: alta complexidade, média complexidade e atenção básica. Na alta complexidade são realizados procedimentos de alta tecnologia e alto custo financeiro. Na média complexidade são realizados procedimentos, atendimentos e exames especializados, ambulatórios, laboratórios clínicos e hospitais. E na atenção básica, há uma rede formada por unidades básicas de saúde, postos de saúde, centros de saúde, onde se desenvolvem especialidades básicas, como a pediatria, ginecologia e obstetrícia (SGUARIO, 2008).

Tabela III – Hospitais que atendem a média e alta complexidades

Município	Nº de Hospitais
Cascavel	10
Quedas do Iguaçu	2
Céu Azul	1
Nova Aurora	1
Jesuítas	1
Formosa do Oeste	1
Santa Lúcia	1
Lindoeste	1
Três Barras do Paraná	1
Ibema	1
Capitão Leonidas Marques	1
Cafelândia	1
Catanduvas	1
Guaraniaçu	2
Corbélia	1
Vera Cruz do Oeste	1
Boa Vista da Aparecida	1

Elaboração Própria - Fonte: CNES

Os municípios Santa Tereza do Oeste, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Espigão Alto do Iguaçu, Campo Bonito, Diamante do Sul, Anahy, Iracema do Oeste e Iguatu, os quais não têm hospitais, atendem à demanda de saúde pela rede de atenção básica. Nestes casos, a representatividade do PSF para as questões de saúde da população é maior do que comparada com os demais municípios, sendo

que sete deles têm a estratégia implantada com uma cobertura de mais de 95% de sua população.

A 10ª RS constitui uma infra-estrutura complexa em rede de serviços de saúde hospitalar e clínicas, das mais diversas especialidades. No entanto, essa rede está concentrada no município de Cascavel, como é evidenciado na tabela III. Devido a essa concentração em Cascavel, muitos consórcios intermunicipais são realizados, e também justificados, por buscar a organização do acesso a ações e serviços de saúde para a população. No município de Cascavel está sediado o Consórcio Intermunicipal do Oeste do Paraná.

O contínuo crescimento populacional da cidade de Cascavel, passando de 193.502 habitantes em 1991, para 245.369 habitantes em 2000 – uma taxa de crescimento anual de 2,78%, conforme dados do PNAD (2000) –, prejudica o atendimento às condições básicas de vida da população, gerando dificuldades no atendimento de toda a população por serviços públicos, inclusive o setor da saúde. O crescimento populacional acelerado, apesar dos esforços empreendidos para o melhoramento do atendimento à saúde, torna insuficiente a implantação de programas de saúde preventiva no âmbito regional.

4.3 Considerações sobre o PSF no Paraná

No Estado do Paraná, o PSF foi implantado inicialmente em 1994 com o objetivo de ser uma das principais estratégias para aumentar a cobertura populacional da atenção básica e permitir o acesso às ações e serviços de saúde para a população. Gradualmente, os municípios implantaram mais equipes, em 1994 havia quatro ESFs em todo o estado, aumentando em 1995 para 44 ESFs, e quatro anos depois, em 1999, o estado contava com 99 ESFs.

Observa-se que, do período de 1995 a 1999, aumentou em mais de 50% a implantação de equipes em todo o estado. A expansão ocorreu mais especificamente no ano de 1998, devido à criação do incentivo financeiro mensal repassado para os municípios que implantassem equipes de PSF e PACS, o PAB-variável, depositado diretamente ao Fundo Municipal de Saúde (FMS) através do Fundo Nacional de Saúde (FNS). A partir daí, os municípios aderiram com maior

ênfase ao PSF, como forma de receber mais recursos para o gasto com atenção básica e com o propósito de contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde. No final do ano 2000, o estado atingiu o total de 658 ESFs em 219 municípios. Em 2007, atingiu 1.563 ESFs em 373 municípios. E em dezembro de 2008, contava com 1.672 ESFs implantadas em 382 municípios, com aproximadamente 58% da população coberta. (SESA, 2009; DAB, 2009).

A análise da trajetória da implantação da ESF no Estado do Paraná demonstra significativo aumento da cobertura de atenção básica através do PSF, em que somente 17 municípios não contavam com PSF em 2008.

Entre os municípios que não aderiram ao PSF no Paraná, encontra-se Lindoeste, localizado na 10ª Regional de Saúde (RS), que optou por investir na média complexidade, com investimento em um hospital municipal, sendo a atenção básica realizada através de uma unidade de saúde tradicional.

4.4 Definição da Regional do Estudo

Nesse contexto, a amostra dos municípios paranaenses escolhidos para a realização deste estudo foi definida com base no critério de aderência e implantação de ESF na maioria dos municípios de determinada regional de saúde. Identificou-se que na 10ª Regional de Saúde de um conjunto de 25 municípios,[9] 24 tinham ESF.

A garantia da disponibilização de dados, por parte dos municípios, em banco de dados secundários e de acesso público irrestrito, como o caso do SIOPS, foi essencial para a análise dos municípios no presente estudo.

[9] Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Cascavel, Catanduvas, Céu Azul, Corbelia, Diamante do Sul, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Guaraniaçu, Ibema, Iguatu, Iracema do Oeste, Jesuítas, Lindoeste, Nova Aurora, Quedas do Iguaçu, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná e Vera Cruz do Oeste.

CAPÍTULO 5 – Metodologia

O objetivo geral deste estudo é analisar as características do financiamento da atenção básica e do PSF na 10ª RS do Estado do Paraná, e sua relação como indutor do modelo assistencial à saúde. Portanto, estabeleceram-se alguns objetivos específicos que se pretende alcançar, a saber:

- Identificar o comportamento das receitas para o Programa de Saúde da Família na 10ª RS do Paraná;
- Identificar o comportamento das despesas com atenção básica em relação à despesa total com saúde da regional; e
- Analisar o papel dos incentivos financeiros do PSF como indutores de manutenção e expansão do PSF na assistência a saúde dos municípios selecionados.

O estudo tem como referência a discussão sobre a evolução do financiamento do SUS, o papel das Normas Operacionais na descentralização e financiamento do SUS e o Programa de Saúde da Família com base nos seguintes autores: Dain (2007); Faveret (2002); Marques e Mendes (2002 e 2003) e Viana e Dal Poz (2005).

Este estudo pretende responder às seguintes questões norteadoras:

- ✓ Os incentivos financeiros constituem instrumento fundamental para a adesão dos municípios da 10ª RS ao PSF?
- ✓ A reorganização da atenção básica na lógica assistencial do PSF consolida a atenção básica como porta de entrada do SUS?

Serão apresentados dados empíricos, com o intuito de responder aos objetivos e às questões norteadoras deste estudo. Definiram-se variáveis de busca para as informações do estudo, sendo elas:

- ✓ **Variável da Receita:** Receitas totais no ingresso orçamentário para despesa com saúde no Estado do Paraná, recursos PAB-variável; recursos PAB-fixo; recursos por habitante para o PSF; transferências intergovernamentais para a saúde.
- ✓ **Variável de Incentivo:** número de equipes de ESF e percentual de cobertura da população pela ESF.

- ✓ **Variável de Despesa:** percentual de recursos próprios aplicados na saúde por determinação da EC-29/2000; despesa total com saúde por habitante; despesa com recursos próprios por habitante; despesa total em saúde e percentual da despesa com atenção básica na 10ª RS.

Para atender às variáveis acima, utilizaram-se dados provenientes de sistemas de informações de dados secundários e oficiais de caráter público e irrestrito, sendo eles: Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Fundo Nacional de Saúde (FNS), Departamento Nacional de Atenção Básica (DAB) e Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Como principal banco de dados, utilizou-se o SIOPS para acessar e elaborar as informações financeiras relativas aos orçamentos consolidados no período de 2005 a 2008. As informações do banco de dados foram coletadas em seus respectivos *sites* na Internet.[10]

O SIOPS é um banco de dados com informações contábeis sobre as receitas totais e despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde das três esferas de governo: União, estados e municípios; as informações prestadas estão no sitio do SIOPS (http://siops.datasus.gov.br). Esse sistema de informação foi institucionalizado através da Portaria Conjunta do Ministério da Saúde / Procuradoria Geral da República nº 1163, de 11 de outubro de 2000, retificada pela Portaria Interministerial nº 446, de 16 de março de 2004. O SIOPS tem uma Câmara Técnica de Orientação e Avaliação e Núcleos Estaduais de Apoio ao SIOPS.

> O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), desde que começou a ser implantado pelo Ministério da Saúde,em 1999, reúne informações sobre o financiamento e o gasto com saúde pública dos municípios, dos estados e da União. Permite visualizar, conforme o grau de agregação desejado, o dispêndio e a capacidade de financiamento das ações e serviços públicos de saúde, em nível local, estadual ou federal. Com essa amplitude e versatilidade, constitui-se em banco de dados único no âmbito das políticas públicas no Brasil. Produzindo informações com regularidade e com qualidade crescente, o sistema conforma-se como uma importante fonte de dados para a realização de estudos por instituições de pesquisa, para o exercício do acompanhamento e fiscalização pelos órgãos de controle e para a gestão e avaliação das ações no âmbito do Sistema Único de Saúde. (TEIXEIRA, 2003, p. 380).

A base de dados CNES processado pelo DATASUS, disponível em http://cnes.datasus.gov.br, disponibiliza informações das condições atuais de infra

[10] Os dados financeiros apresentados foram corrigidos pelo deflator do Índice de Variação dos preços médios do IPCA/IBGE.

estrutura e funcionamento dos estabelecimentos de saúde nas três esferas de governo – federal, estadual e municipal. Para complementar, utilizaram-se dados do DAB, que disponibiliza informações sobre a atenção básica, e o Saúde da Família, disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab. E ainda, a base de dados do FNS, que permite analisarmos as transferências de recursos realizadas através dos fundos, disponível em http://www.fns.saude.gov.br/.

A análise do financiamento do conjunto de municípios em estudo tem foco na Saúde da Família, no período que compreende os anos de 2005 a 2008. Este corte temporal foi estabelecido a partir da constatação de que, nesse período, todos os municípios do estudo transmitiram os dados ao SIOPS, conforme verificado no Histórico de Transmissões.

Em 2005, 100% dos municípios do estudo tinham implantada a Estratégia Saúde da Família. O ano de 2008 apresenta informações completas para 100% dos municípios, ou seja, nesse ano a alimentação do SIOPS está concluída.

Pretende-se, ainda, que a análise das informações sirva de *proxy* para o desenvolvimento de novos estudos que discutam as questões do modelo federativo brasileiro e a forma autônoma como cada município organiza sua rede de assistência à saúde, e ainda, se os incentivos financeiros influenciam na forma como cada município faz a gestão da saúde.

Finalmente, para que seja possível analisar dados reais dos municípios, ressalta-se que na análise da amostra de municípios extremamente díspares, como é o caso de Cascavel, em comparação com os demais municípios de pequeno porte populacional, os “pesos relativos” são afetados, dando peso maior a municípios que apresentam importância menor. Portanto, é necessário que o leitor, ao fazer a análise dos dados apresentados neste estudo, leve em consideração as especificidades locais.

CAPITULO 6 - Análise dos Dados

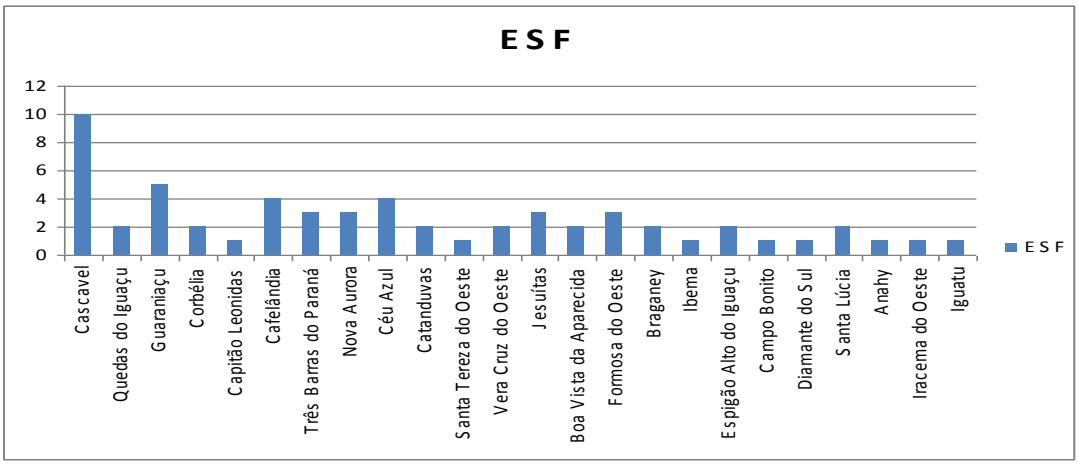
6.1 Financiamento da Estratégia Saúde da Família

A partir da vigência da NOB/96, implantada em 1997, que passou a priorizar as transferências de recursos para os municípios através do PAB e não mais por pagamento ao prestador de serviço, houve a ampliação da participação da União em recursos destinados à atenção básica e, consequentemente, à ESF. Passou-se a induzir a prioridade da atenção básica e desconsiderar a política de necessidades locais, uma vez que se rompera a lógica do repasse até então vigente. Bueno e Merhy (1997) afirmavam que a NOB/96 iria inibir a autonomia do município, induzindo-o a adotar programas não definidos localmente.

Os novos mecanismos de transferência propostos induziram a implantação de muitas equipes em todo o território nacional, novas equipes surgiram em municípios que não tinham capacidade financeira de mantê-las e apresentavam alto grau de dependência de recursos de outras esferas do governo, especialmente da esfera federal.

A adesão dos municípios ao PSF permitiu aumentar o montante de recursos federais transferidos aos municípios para o gasto em atenção básica. Na 10ª RS do Paraná, que é objeto deste estudo, observa-se que no ano de 2008 a região contava com 58 ESFs distribuídas entre os 24 municípios, conforme demonstra o gráfico 3.

Gráfico – 3 Número de Equipes de Saúde da Família por Município



Fonte: Departamento Nacional de Atenção Básica (DAB/MS, 2008) - Elaboração Própria

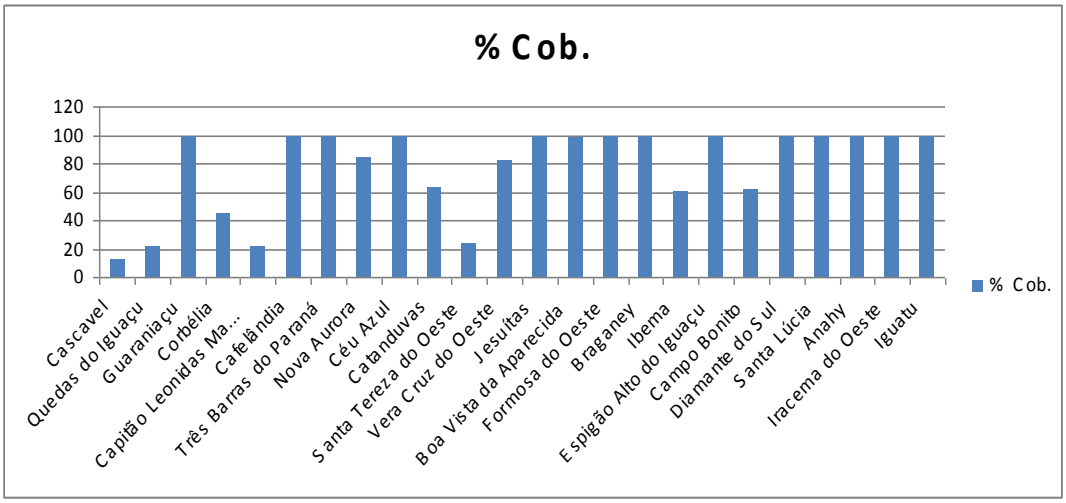
A adesão dos municípios ao PSF, com o intuito de obter mais recursos para a saúde, iniciou-se gradativamente e em muitos municípios observa-se a mudança do modelo assistencial, dando ênfase na atenção básica.

Destaca-se que, a partir de 2007, uma nova portaria ministerial mudou os critérios de repasse de recursos para os estados e municípios, passando a serem feitas através de blocos de financiamento definidos pelo Pacto pela Saúde de 2006, não influenciando a autonomia do gestor de saúde municipal, pois, dentro dos blocos de financiamento, o gestor pode aplicar os recursos de acordo com as necessidades locais estabelecidas.

As intenções do financiamento por blocos são reduzir as limitações ao livre uso de recursos transferidos pelo Governo Federal aos municípios, hoje alocados a programas e estratégias, e dar mais autonomia ao gestor municipal para executá-las conforme suas prioridades locais e as pactuações realizadas. Destaca-se, no entanto, que o objetivo não foi eliminar as definições alocativas, mas reduzi-las, uma vez que o financiamento continua com divisões internas.

No que se refere ao percentual de cobertura da SF por município, o gráfico 4 apresenta, em ordem crescente de população, o percentual de cobertura de cada município.

Gráfico 4 – Cobertura da Saúde da Família por Município



Fonte: Departamento Nacional de Atenção Básica (DAB/MS, 2008) - Elaboração Própria

Os municípios acima representados encontram-se dentro das seguintes faixas populacionais:

- Cascavel, que é pólo regional, com 291.747 habitantes;
- Quedas do Iguaçu, com 31.572 habitantes;
- 10 a 20 mil habitantes (7 municípios);
- 5 a 10 mil habitantes (9 municípios);
- 5 mil habitantes (7 municípios);

A baixa população e a predominância da economia baseada na agricultura na região refletem diretamente na estrutura econômica desses municípios. Os mesmos são altamente dependentes de transferências intergovernamentais para a sustentabilidade econômica, dependência esta relacionada à baixa arrecadação tributária municipal. Assim, os incentivos federais (principalmente) e os estaduais cumprem papel fundamental no gasto da atenção básica e do PSF, uma vez que esses municípios gastam todo recurso do PAB para manter o programa.

Para que seja possível analisar o financiamento dos municípios da 10ª RS do Paraná, cujo foco é o incentivo financeiro ao SF, um ponto importante a ser considerado é o fato de o incentivo ter se comportado de maneira diferente, durante os anos da análise. Tais mudanças foram estabelecidas pelas portarias que descrevemos a seguir:

Tabela IV - Programa de Saúde da Família Faixa de Cobertura Populacional e Valores Anuais do Incentivo Financeiro por Equipe.

CLASSIFICAÇÃO DAS FAIXAS DE COBERTURA	FAIXAS DE COBERTURA POPULACIONAL EM %	VALOR DO INCENTIVO/EQUIPE/ANO (R$ 1,00)
1	0 a 4,9	28.008
2	5 a 9,9	30.684
3	10 a 19,9	33.360
4	20 a 29,9	38.520
5	30 a 39,9	41.220
6	40 a 49,9	44.100
7	50 a 59,9	47.160
8	60 a 69,9	50.472
9	70 e mais	54.000

Fonte: Anexo da Portaria nº 1.329, de novembro de 1999.

Em 2000, os critérios de repasse de recursos financeiros estavam baseados no percentual de cobertura, de acordo com a Portaria nº 1.329, de novembro de 1999, que definia para cada faixa de cobertura um incentivo anual. Isto representava a possibilidade de dinheiro extra, vislumbrado pelos municípios, para aquisição de equipamentos, veículos, etc. A decisão de como gastar o incentivo cabia exclusivamente ao gestor.

Tabela V - Incentivos Financeiros ao PSF, Agentes Comunitários de Saúde e Ações de Saúde Bucal no PSF

PSF - Municípios Abaixo de 100 mil habitantes		
Faixas de Cobertura	**Valor Incentivo/ESF/ ano**	**Valor Incentivo/ESF/ mês**
0 a 4,9	33.612	2.801,00
5 a 9,9	36.828	3.069,00
10 a 19,9	40.032	3.336,00
20 a 29,9	46.224	3.852,00
30 a 39,9	49.464	4.122,00
40 a 49,9	52.920	4.410,00
50 a 59,9	56.592	4.716,00
60 a 69,9	60.576	5.048,00
70 e mais	64.800	5.400,00
PSF - Municípios Acima de 100 mil habitantes		
0 a 4,9	33.612	2.801,00
5 a 9,9	36.828	3.069,00
10 a 19,9	46.224	3.852,00
20 a 29,9	52.920	4.410,00
30 a 39,9	56.592	4.716,00
40 a 49,9	60.576	5.048,00
50 e mais	64.800	5.400,00

Fonte: anexo da Portaria nº. 396/2003.

A partir de 2003, o repasse de recursos para a parte variável do PAB correspondente ao PSF foi alterado através da Portaria nº. 396, de 4 de abril de 2003, que reajustou os valores dos incentivos financeiros ao PSF, PACS e a ESB, no âmbito do PSF, na lógica da portaria GM/MS nº. 1.329, de 12 de novembro de 1999, em que a definição do incentivo está condicionada à faixa de cobertura populacional estabelecida pelas referidas portarias.

Ainda em 2003, o MS iniciou um processo de fortalecimento da atenção básica e de expansão do PSF para os grandes municípios, visando, através do Proesf[11], a atender às dificuldades de equacionamento dos incentivos financeiros do

[11] Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família: nos casos analisados, o projeto não está implementado, uma vez que o mesmo é para municípios com população acima de 100 mil habitantes e o único município do estudo com esse padrão de população é Cascavel, que não aderiu ao Proesf.

PSF e à complexidade do SUS em cidades de grande porte. Para tanto, a Portaria nº. 396/2003 faz divisão entre os municípios com população acima de 100 mil habitantes e abaixo de 100 mil habitantes. A lógica do incentivo não muda.

A partir de 2006, com promulgação da Portaria nº. 648/GM, de 28 de março de 2006, as portarias anteriores (1.329 e 396) foram revogadas e a ESF passou a ter duas modalidades – Modalidade I e Modalidade II –, que novamente foram alteradas pela Portaria n°.822, de 17 de abril 2006, sendo elas:

- A ESF Modalidade 1 contempla todas as equipes implantadas em municípios: a) com população de até 50 mil hab nos estados da Amazônia Legal; ou b) com população até 30 mil hab e IDH igual ou inferior a 0,7, nos demais estados do país; c) que já fazem jus ao recebimento de acréscimo de 50% no valor dos incentivos referentes ao total de ESF e ESB que implantar; e as ESF implantadas em municípios não incluídos no estabelecido na alínea 1 e atendam à população remanescente de quilombos e/ou residentes em assentamentos de no mínimo 70 pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica. Equipes de Saúde da Família Modalidade 1 recebem R$ 8.100,00 (oito mil e cem reais) a cada mês, por equipe.
- A ESF Modalidade 2 corresponde às equipes implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1. As Equipes de Saúde da Família Modalidade 2 recebem R$ 5.400,00 (cinco mil e quatrocentos reais) a cada mês, por equipe.

Pela nova regulamentação, desaparece o incentivo à implantação de novas equipes ou incentivos anuais, na forma anteriormente vigente. O artigo 6º da Portaria n.° 650 define valores de incentivo para as equipes implantadas (R$ 20.000 por equipe), mas o incentivo tem destinação específica, devendo ser usado para investimento nas Unidades Básicas de Saúde e para realização do Curso Introdutório. Os reajustes sucessivos (de valores) seguem por determinação de portarias, a última atualização foi feita através da Portaria nº 3.066, de 23 de dezembro de 2008, detalhada no capítulo 3 deste estudo.

Os incentivos descritos a partir da Portaria 648 ao considerar nas Modalidades I e II critérios relacionados a características específicas, Solla (2007) acredita que pela primeira vez foram empregados indicadores de condições sociais como critério para diferenciar os repasses federais aos municípios para o financiamento da atenção básica no SUS. Tais medidas beneficiaram mais de 3.000 mil municípios brasileiros, cerca de 50% do total de municípios.

6.2 Análise das receitas e incentivos financeiros

Os municípios que aderem ao PSF como modelos de atenção básica recebem auxílio financeiro para a implantação e recursos do PAB-variável para compor o financiamento do programa. Conforme se observou no item anterior, esses recursos dependem de alguns critérios que são definidos em portarias específicas. Os incentivos para a implantação do PSF fazem parte de uma política ministerial para fortalecer a atenção básica e o PSF e introduzir a lógica do modelo de saúde que seja porta de entrada do SUS. Isso se traduziria numa “mudança no modelo assistencial na atenção básica superando o modelo hegemônico centrado no complexo médico-hospitalar, por um modelo baseado nas necessidades em saúde e condicionantes do processo saúde-doença” (SGUARIO, 2008, p. 50).

Os municípios, além do fortalecimento da atenção básica, têm grande interesse na implantação das equipes, com a perspectiva de maior aporte de recursos para os gastos em saúde. Isso demonstra que a capacidade fiscal dos municípios tende a condicionar os modelos de atenção à saúde.

A tabela VI apresenta os quatro anos analisados neste estudo; os incentivos ao PSF, em sua maioria, apresentam evolução positiva, com pequenas variações. As exceções ocorrem no município de Corbélia, Catanduvas e Ibema. Em Corbélia, a ausência do incentivo para o ano de 2008 se deve ao descredenciamento de quatro equipes em 2007, compensado a partir do segundo semestre de 2008, quando três equipes foram credenciadas e duas foram implantadas. Para Catanduvas, a ausência de recursos no ano de 2008 se deve a um erro de informação por parte do município na declaração ao SIOPS, conforme se verificou em consulta ao site do FNS (www.fns.saude.gov.br). No município de Ibema, a

ausência do recurso no ano de 2005 se deve à defasagem temporal entre o credenciamento de uma equipe em abril e sua implantação somente em dezembro do mesmo ano.

Tabela VI - Incentivos Financeiros ao PSF de 2005 a 2008, população, número de Equipes, Percentual de cobertura e população coberta[12]

Município	Programa Saúde da Família				População	Equipes de Saúde da Família	% de Cobertura	População Coberta
	2005	2006	2007	2008	2008			
Total Região	**4.071.418**	**4.426.417**	**4.027.436**	**3.971.633**	**508.890**	**59**	**37,3**	**189.637**
Cascavel	553.829	691.812	707.624	614.400	291.747	10	12,1	35.272
Quedas do Iguaçu	181.497	131.774	113.013	122.400	31.572	2	21,9	6.905
Guaraniaçu	400.522	408.425	367.762	327.600	16.271	5	100,0	16.271
Corbélia	221.073	283.893	45.653	0	15.858	2	44,7	7.084
Capitão Leônidas Marques	83.509	65.887	68.480	55.200	13.929	1	22,3	3.102
Cafelândia	250.811	240.740	311.540	286.650	13.776	4	100,0	13.776
Três Barras do Paraná	184.856	64.191	65.626	145.287	12.073	3	100,0	12.073
Nova Aurora	119.705	199.593	194.026	199.800	11.833	3	84,4	9.981
Céu Azul	295.770	283.893	273.919	266.400	11.332	4	100,0	11.332
Catanduvas	138.245	150.691	91.306	0	9.751	2	62,7	6.112
Santa Tereza do Oeste	48.350	64.191	65.626	145.287	9.462	1	24,2	2.287
Vera Cruz do Oeste	49.039	141.947	125.546	133.200	9.301	2	82,3	7.658
Jesuítas	154.047	165.604	192.335	195.600	8.948	3	100,0	8.948
Boa Vista da Aparecida	258.799	319.380	308.159	272.700	7.972	2	98,8	7.876
Formosa do Oeste	221.827	224.749	182.613	199.800	7.581	3	100,0	7.581
Braganey	128.194	153.775	136.959	122.400	6.213	2	100,0	6.213
Ibema	0	84.844	62.773	66.600	6.124	1	60,5	3.707
Espigão Alto do Iguaçu	160.209	141.947	125.546	133.200	5.222	2	100,0	5.222
Campo Bonito	112.324	107.814	102.720	99.900	4.458	1	62,1	2.769
Diamante do Sul	115.364	85.287	123.838	132.600	3.782	1	100,0	3.782
Santa Lúcia	140.810	158.704	142.666	144.000	3.781	2	100,0	3.781
Anahy	80.104	70.973	62.773	66.600	2.937	1	100,0	2.937
Iracema do Oeste	92.428	115.332	94.160	174.809	2.604	1	100,0	2.604
Iguatu	80.104	70.973	62.773	67.200	2.363	1	100,0	2.363

Fonte: DATASUS/DAB/SIOPS - Elaboração Própria.

Quando se analisa o impacto dos incentivos financeiros do PSF aos pequenos e aos grandes municípios, podem-se verificar o comportamento do incentivo e seu impacto para ambos os casos. Quanto aos pequenos municípios, todos com população inferior a 3.000 habitantes, há cobertura de 100% da população com apenas uma equipe de PSF. O município de Anahy, por exemplo, apresentou média populacional, nos últimos quatro anos, de 2.937 habitantes, tem uma equipe de Saúde da Família com cobertura de 100% de sua população e recebeu nos últimos quatro anos, uma média de R$ 70.000 anuais de incentivos.

[12] Os valores foram corrigidos pelo IPCA anual médio.

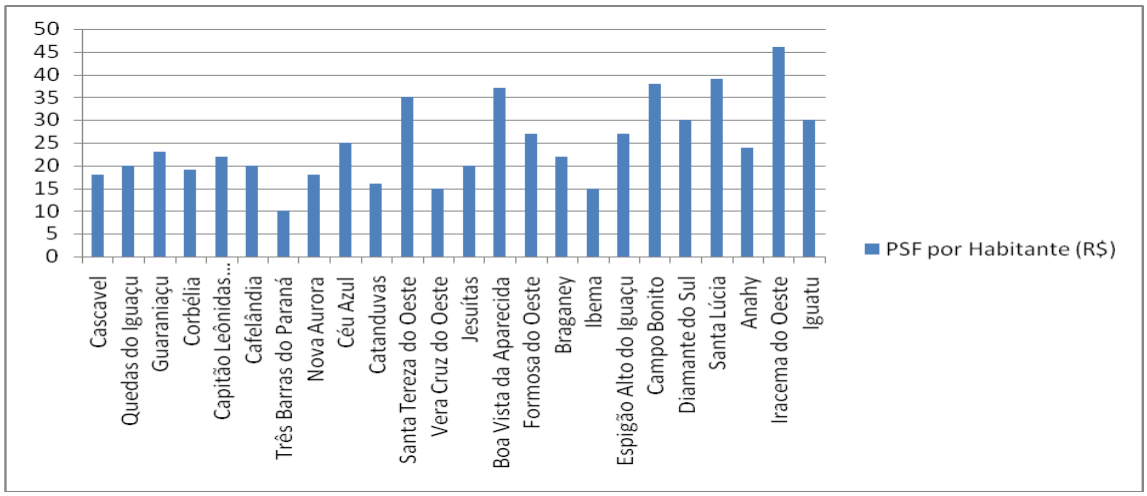
Situações muito próximas são apresentadas pelos municípios de Iguatu e Iracema do Oeste. No caso de Iracema do Oeste, os valores são maiores, uma vez que o município recebe recursos na modalidade I e recursos adicionais pelo IDH.

No outro extremo, o município de Cascavel, maior município da 10ª RS, tem 10 equipes de PSF. Considerando o número de habitantes que uma equipe de PSF atende[13], Cascavel tem uma estimativa de 35.272 habitantes cobertos pelo PSF e recebe uma média anual de R$ 641.916,24. Ao analisar esse valor *per capita*, os municípios com população inferior a 3.000 habitantes receberam uma média por habitante/ano cobertos por PSF de R$ 24,00, ao passo que o município de Cascavel, com uma população coberta dez vezes maior, recebeu o valor médio de R$18,20 por habitante/ano.

Essa situação reflete a maior dificuldade da implantação da estratégia nos grandes municípios, como registrado em Caetano e Dain:

> Apesar da grande expectativa de que o PSF possa vir a ser a estratégia de reestruturação da atenção básica e das mudanças recentes nas condições políticas, institucionais e de financiamento, destinadas a acelerar esse processo, poucas foram às cidades com sistemas de saúde complexos em que o programa foi introduzido como estratégia substitutiva do modelo assistencial. Na grande maioria das cidades de médio e grande porte, o PSF ainda é uma estratégia focalizada de expansão dos cuidados básicos de saúde, voltada a grupos populacionais sob maior risco social e expostos a precárias condições sanitárias. (CAETANO; DAIN, 2002, p. 14).

Gráfico 5 – PSF por habitante (R$) / população coberta



Fonte: Departamento Nacional de Atenção Básica (DAB/MS, 2008) - Elaboração Própria

[13] Ver Portaria 648, de 28 de março de 2006.

É relevante apontar que, nos municípios menores, o valor por habitante/ano do incentivo financeiro destino para o PSF totaliza 58,33% mais alto que o valor do PAB-fixo (R$ 17,00 por habitante/ano), indicando que existe uma estagnação das transferências ou diferença menos acentuada relativas ao PAB-fixo e justificando o movimento progressivo de adesão dos pequenos municípios ao PSF em busca de mais recursos para o gasto municipal em saúde.

Tabela VII - Recursos da atenção básica, 2005 a 2008 e % do PSF na atenção básica

Município	Atenção Básica				
	2005	2006	2007	2008	% PSF / Atenção Básica
Total Região	**16.347.312**	**17.757.462**	**15.384.880**	**16.523.965**	**25**
Cascavel	6.793.073	7.350.539	5.886.677	6.074.991	10
Quedas do Iguaçu	922.902	820.353	662.219	772.681	17
Guaraniaçu	947.862	942.379	879.880	894.524	41
Corbélia	647.212	795.525	485.432	713.552	19
Capitão Leônidas Marques	371.250	372.209	338.101	350.495	19
Cafelândia	508.769	535.019	597.282	632.095	48
Três Barras do Paraná	462.686	523.021	488.376	506.332	24
Nova Aurora	417.177	537.579	502.222	590.968	35
Céu Azul	621.325	639.148	598.636	626.805	45
Catanduvas	418.883	457.264	376.238	499.717	23
Santa Tereza do Oeste	274.357	319.108	322.117	393.355	24
Vera Cruz do Oeste	255.704	393.276	336.742	435.640	31
Jesuítas	437.370	475.883	472.076	501.775	38
Boa Vista da Aparecida	533.144	650.130	670.071	614.613	47
Formosa do Oeste	541.572	568.571	493.146	533.083	39
Braganey	293.705	335.968	309.228	318.915	43
Ibema	118.791	231.310	195.499	226.333	25
Espigão Alto do Iguaçu	472.458	461.064	409.288	452.522	32
Campo Bonito	255.073	279.998	303.011	270.195	39
Diamante do Sul	211.574	222.882	261.403	274.700	47
Santa Lúcia	274.452	285.592	284.823	282.933	52
Anahy	193.886	171.604	164.055	184.469	39
Iracema do Oeste	197.070	225.018	213.027	213.570	56
Iguatu	177.017	164.020	135.332	159.702	44

Fonte: DATASUS/DAB/SIOPS - Elaboração Própria.

A participação do PSF na atenção básica é expressiva e relevante para os municípios do Paraná que integram este estudo. Nove dentre eles, que correspondem a 37,5% do total dos municípios estudados, têm uma participação (do PSF) maior que 40% no total da atenção básica, e apenas quatro municípios, 16,6%, têm participação do PSF inferior a 20% no total da atenção básica.

Os quatro municípios em que os recursos do PSF representam menos de 20% da atenção básica são exatamente os municípios de maior porte, e utilizam o PSF como programa focalizado que não se apresenta como força exclusiva de estruturação da atenção básica, como é o caso do município de Cascavel.

A tabela VIII demonstra o total do PAB-variável e o percentual do PSF sobre o total do PAB-variável. Ao considerar os valores recebidos do PAB variável nos últimos quatro anos, o componente da Saúde da Família correspondeu, em todos os municípios, a uma participação de mais de 50% do total do PAB variável, demonstrando que a ESF permanece como principal estratégia da expansão da atenção básica.[14]

Para melhor compreender a participação dos recursos do PSF no PAB-variável, convém ressaltar que o PAB-variável destina recursos para mais sete estratégias no interior da atenção básica, além do PSF. São elas: I - Saúde da Família; II - Agentes Comunitários de Saúde; III - Saúde Bucal; IV - Compensação de Especificidades Regionais; V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; VI - Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário; VII - Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei em regime de internação e internação provisória; e VIII - Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

[14] O Município de Ibema, que em 2005 não tinha o incentivo do PSF, aderiu e recebeu do PAB variável um valor de R$ 32.753,00. Em 2006, quando recebe recursos do PSF no valor de R$ 84.844,00, o valor do PAB variável se elevou para R$ 144.302,00. Nesse caso específico, o incentivo para o PSF correspondeu a 58,79% dos recursos do PAB variável.

Tabela VIII - Recursos do PAB Variável, 2005 a 2008

Município	PAB Variável				% PSF / PAB
	2005	2006	2007	2008	
Total Região	**9.045.257**	**10.146.903**	**8.024.436**	**8.263.023**	**57,3**
Cascavel	2.913.812	3.134.952	1.779.644	1.601.736	58,57
Quedas do Iguaçu	423.118	296.716	183.454	264.637	61,06
Guaraniaçu	618.419	651.986	631.454	685.188	56,79
Corbélia	404.502	560.134	240.165	438.248	57,02
Capitão Leônidas Marques	151.082	141.771	114.112	112.945	58,5
Cafelândia	329.528	340.692	404.878	417.932	56,2
Três Barras do Paraná	300.148	367.106	344.640	357.950	56,15
Nova Aurora	223.294	334.950	312.005	363.938	54,97
Céu Azul	464.519	481.476	448.267	469.105	57,11
Catanduvas	261.552	292.687	216.711	0	60,21
Santa Tereza do Oeste	106.274	133.273	84.529	145.287	56,38
Vera Cruz do Oeste	119.531	261.423	213.693	256.841	53,77
Jesuítas	297.448	347.955	359.286	385.119	56
Boa Vista da Aparecida	412.901	535.451	557.626	508.107	55,71
Formosa do Oeste	383.359	429.040	375.309	411.845	56,81
Braganey	210.456	258.077	235.655	242.706	56,25
Ibema	32.753	144.302	112.516	139.423	51,98
Espigão Alto do Iguaçu	395.235	384.357	336.882	377.004	57,62
Campo Bonito	178.692	197.372	215.017	185.481	56,5
Diamante do Sul	161.124	174.575	216.657	224.502	55,78
Santa Lúcia	207.080	229.326	227.564	224.416	56,6
Anahy	151.505	130.161	125.295	144.179	58
Iracema do Oeste	157.409	184.361	178.906	174.809	56,4
Iguatu	141.516	134.761	110.170	131.627	57,9

Fonte: DATASUS/DAB/SIOPS - Elaboração Própria.

6.3 Análise da despesa

O Ministério da Saúde realizou uma pesquisa que indica os custos do PSF em cerca de R$ 5,00 *per capita* por mês, assistida pela equipe, o que indica um custo de R$ 18.000,00 por mês para cada equipe de saúde da família. O incentivo repassado aos municípios pelo governo central era de R$ 5.400,00 e R$ 8.100,00, ou seja, cobrindo em torno de R$ 30 a 45% dos custos mensais, devendo o restante ser pago pelo próprio município, com contrapartida estadual (BRASIL, 2002). Mesmo com a atualização destes valores que estão em vigência, de R$ 6.400,00 e R$

9.600,00, essa realidade não se modifica. No entanto, o que se percebe é que os estados têm ausência ou destinam baixo valor para o investimento em atenção básica, descumprindo com a regra do financiamento tripartite e sendo um dos motivos pelos quais os municípios são dependentes de transferências federais.

Outra questão a ser levantada é que a maioria dos municípios brasileiros apresenta baixo grau de arrecadação tributária, o que mais uma vez caracteriza a dependência de transferências federais. Esses municípios muitas vezes aderem às estratégias nacionais não devido a suas necessidades locais, mas como fonte de aumentar recursos. Assim, o Ministério da Saúde acaba induzindo a homogeneização das políticas de saúde em todo o território nacional. É importante ressaltar que mesmo o município tendo que cumprir normas e diretrizes nacionais, existem muitas divergências entre a política nacional e implementação local, já que sofrem influências de fatores políticos, culturais, conjunturais, e que permitem pequena adequação local.

A tabela IX apresenta os percentuais de recursos próprios aplicados em saúde pelos municípios da 10ª RS de 2005 à 2008, quando apenas quatro municípios não cumpriram os percentuais mínimos propostos na EC n.º 29/2000, por pequenas diferenças (inferiores a 0,5%). São eles: Nova Aurora, Céu Azul, Formosa do Oeste e Anahy. A partir de 2006, todos os 25 (inclusive Lindoeste, que não tem PSF) municípios informaram ao SIOPS o cumprimento do percentual mínimo de 15%, conforme determina emenda constitucional.

Ainda é possível destacar que todos os municípios da 10ª RS, entre os anos de 2006 a 2008, cumpriram com a aplicação de no mínimo 15% dos recursos próprios aplicados na saúde. Nesse contexto, em que todos os municípios estão conseguindo destinar os percentuais mínimos da EC n.º 29/2000, acredita-se que a proposta da emenda pode dar início ao processo de construção das condições necessárias para que se alcancem o equilíbrio desejável entre as demandas da população por ações e serviços de saúde e os recursos necessários para seu financiamento.

Tabela IX – Percentual de Recursos Próprios aplicados em Saúde de acordo com a EC 29 – Municípios da 10ª Regional de Saúde do PR, 2005 a 2008

Município	2005	2006	2007	2008
Cascavel	20,84	25,20	25,65	24,37
Quedas do Iguaçu	22,16	19,37	17,62	24,53
Guaraniaçu	15,95	15,27	18,15	15,84
Corbélia	17,13	15,47	15,30	19,80
Capitão Leônidas Marques	16,47	18,14	18,29	17,70
Cafelândia	18,16	18,09	20,53	21,06
Três Barras do Paraná	17,38	18,29	17,45	17,45
Nova Aurora	14,51	15,01	16,28	16,79
Céu Azul	14,64	15,60	15,19	17,60
Catanduvas	16,24	16,39	15,02	16,91
Santa Tereza do Oeste	15,44	15,86	16,56	17,17
Vera Cruz do Oeste	16,80	18,10	17,05	16,26
Jesuítas	17,29	17,45	16,88	18,64
Boa Vista da Aparecida	21,21	16,83	16,25	18,82
Formosa do Oeste	14,54	15,96	18,27	18,37
Braganey	16,23	18,70	16,48	20,63
Ibema	15,22	19,89	17,25	20,07
Lindoeste	20,54	15,12	20,29	15,13
Espigão Alto do Iguaçu	15,77	15,20	15,35	16,12
Campo Bonito	15,50	17,20	16,60	19,72
Diamante do Sul	15,70	15,18	16,02	16,18
Santa Lúcia	16,64	21,72	19,22	19,86
Anahy	14,95	15,60	16,65	17,52
Iracema do Oeste	17,42	17,11	16,72	16,95
Iguatu	18,68	19,25	16,52	15,84

Fonte: SIOPS – http://siops.datasus.gov.br - Elaboração Própria.

É importante observar que o aumento de recursos aplicados pelos municípios pode ser condição para melhorar a saúde sem, entretanto, termos a garantia deste resultado. O aumento dos gastos em saúde nem sempre significa que houve impacto na melhoria da saúde. O gasto público com saúde é baixo em um sistema que assume os princípios da universalidade e da integralidade da atenção à saúde. Além de que as três esferas de governo registram como gastos em saúde despesas que não são do setor. (CARVALHO; JUNIOR; Jr. 2008)

Estudos realizados pelo Ministério da Saúde sobre o impacto da emenda apresentam, entre outras informações, as críticas levantadas contra a aprovação da EC n.º 29/2000.

> Apesar de reconhecida sua necessidade como alternativa para superar/atenuar as dificuldades para o financiamento da saúde no Brasil, a EC não passou ilesa de críticas, destacando-se, entre as mais comuns, as que se referem à perda de flexibilidade na elaboração e execução da peça orçamentária, com o maior engessamento que será produzido com as vinculações de receitas e despesas, e as que se apóiam na situação de

> penúria financeira em que se encontram mergulhadas a União e as esferas subnacionais, para justificar a posição dos que se colocaram contrários à sua aprovação.[15] (BRASIL, 2001, p. 8).

A tabela X apresenta os dados da despesa total com ações e serviços de saúde por habitante, das transferências intergovernamentais para a Saúde e das despesas financiadas por recursos próprios nos anos de 2005 e 2008, em valores de 2008, com correção pelo IPCA médio anual. A tabela também apresenta a população nos dois anos e a variação percentual desses valores entre 2005 e 2008.

Tabela X – Despesa Total com Saúde, Transferências Intergovernamentais para a Saúde e Despesa com Recursos Próprios – Municípios da 10ª Regional de Saúde do PR – 2005 e 2008 e % de variação em R$ de 2008, valores corrigidos pelo IPCA médio anual

Município	Despesa Total com Saúde por Hab (R$ de 2008)			Transferências Intergovernamentais para a Saúde por Hab (R$ de 2008)			Despesa com Recursos Próprios por Hab (R$ de 2008)			População		
	2005	2008	Var % 05-08	2005	2008	Var % 05-08	2005	2008	Var % 05-08	2005	2008	Var % 05-08
Total Região	**180**	**227**	**26,3**	**53**	**55**	**4,2**	**126**	**171**	**36,4**	**493.390**	**514.388**	**4,3**
Cascavel	156	192	23,0	54	43	(21,5)	102	146	43,3	278.182	291.747	4,9
Quedas do Iguaçu	171	217	26,7	33	37	13,9	139	180	29,7	28.521	31.572	10,7
Guaraniaçu	217	234	7,6	73	67	(7,8)	142	154	8,5	14.510	16.271	12,1
Corbélia	194	250	29,0	42	48	13,9	139	196	41,3	15.498	15.858	2,3
Capitão Leônidas Marques	180	262	45,9	25	31	21,5	152	227	49,6	15.322	13.929	(9,1)
Cafelândia	232	325	40,1	39	68	73,0	191	257	34,3	13.055	13.776	5,5
Três Barras do Paraná	275	295	7,4	90	103	14,0	185	192	4,0	9.842	12.073	22,7
Nova Aurora	180	261	44,8	36	58	58,0	136	202	48,7	12.481	11.833	(5,2)
Céu Azul	265	338	27,7	70	112	60,3	195	260	33,3	10.357	11.332	9,4
Catanduvas	168	247	47,1	44	86	94,2	126	167	32,6	10.798	9.751	(9,7)
Santa Tereza do Oeste	121	243	100,7	27	60	124,5	94	159	68,7	13.656	9.462	(30,7)
Vera Cruz do Oeste	185	199	7,2	35	50	42,0	141	148	4,9	8.571	9.301	8,5
Jesuítas	224	259	15,6	66	83	26,4	148	178	19,8	7.948	8.948	12,6
Boa Vista da Aparecida	271	308	13,5	83	87	4,5	188	194	3,4	7.203	7.972	10,7
Formosa do Oeste	231	284	23,0	83	80	(3,8)	154	207	34,5	6.903	7.581	9,8
Braganey	251	303	20,7	67	61	(9,4)	192	242	25,7	5.014	6.213	23,9
Ibema	219	296	35,6	50	74	48,0	147	227	54,1	5.725	6.124	7,0
Lindoeste	215	292	36,0	22	51	128,9	192	197	2,6	5.815	5.498	(5,5)
Espigão Alto do Iguaçu	291	346	18,8	111	126	14,0	197	237	20,1	5.010	5.222	4,2
Campo Bonito	235	402	71,5	50	74	48,9	185	324	75,2	5.171	4.458	(13,8)
Diamante do Sul	299	340	13,8	76	388	413,0	224	250	11,6	3.125	3.782	21,0
Santa Lúcia	339	461	36,0	104	121	15,8	235	337	43,6	3.592	3.781	5,3
Anahy	340	415	22,2	74	72	(2,9)	264	343	30,1	2.696	2.937	8,9
Iracema do Oeste	385	448	16,5	81	122	50,3	310	370	19,4	2.616	2.604	(0,5)
Iguatu	587	507	(13,7)	114	123	7,8	473	382	(19,3)	1.779	2.363	32,8

Fonte: SIOPS – http://siops.datasus.gov.br - Elaboração própria.

[15] Para maiores esclarecimentos ler BRASIL (2001).

As transferências intergovernamentais para a Saúde, alocadas pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal, apresentaram crescimento de 4,2% na média da 10ª RS, bem próximo ao crescimento populacional, de 4,3%, embora as variações entre os municípios tenham sido bastante díspares.

A despesa financiada por recursos próprios municipais apresentou relevante crescimento real, de 36,4% para o total da 10ª RS, com crescimento do valor *per capita* de R$ 126,00 em 2005, para R$ 171,00 em 2008, acompanhando o crescimento observado na despesa municipal, em decorrência dos impactos da EC 29. Apenas cinco municípios apresentaram crescimento inferior a 10% na despesa financiada por recursos próprios.

A despesa total dos municípios apresentou crescimento médio de 26,3% para o conjunto de municípios, como decorrência do forte crescimento das despesas financiadas por recursos próprios (36,4%) e das transferências do SUS, que apresentaram variação próxima ao crescimento demográfico, conforme citado acima.

É importante ressaltar que, quando se analisa a média regional, esta não é tão relevante, uma vez que a média apresenta os dados em termos relativos. Assim, estão sendo atribuídos pesos semelhantes para municípios diferentes, como é o caso de Cascavel *versus* os demais municípios, em que a soma de todos os habitantes dos demais municípios é inferior à população de Cascavel, mas o cálculo da média atribuiu o mesmo peso para cada município. Neste caso, destaca-se o município de Cascavel, que teve taxa de crescimento de 4,9% entre 2005 e 2008, e as transferências intergovernamentais *per capita* diminuíram em 21% no mesmo período. Portanto, quando se analisa a região, fatos como este acabam sendo negligenciados, influenciando a uma análise errônea dos municípios menores.

Desta forma, optou-se por apresentar a tabela XI com o percentual da despesa em atenção básica na 10ª RS em relação à despesa total da saúde em cada município, possibilitando a discussão regional e a visibilidade das diferenças intermunicipais.

É possível observar que, do gasto total em saúde por município, Cascavel apresenta um percentual que instiga a necessidade de um estudo mais aprofundado, por apresentar um gasto em atenção básica, no período de 2005 a 2008, com percentual acima de 85% do total gasto em saúde. O que mais chama a

atenção é que Cascavel apresenta rede de assistência de média e alta complexidades que atende a toda a região, e ainda, apresenta apenas 15% de cobertura do PSF. Duas hipóteses podem ser levantadas para este caso: a primeira se relaciona à alimentação de dados de forma errônea para as contas da Saúde que são repassadas para o SIOPS; e a segunda hipótese é que o município de Cascavel tem o gasto em Saúde em outros programas da atenção básica que não seja o PSF, pois o gasto apresentado no SIOPS é extremamente alto para um município com apenas 15% de cobertura da população pelo PSF.

Tabela XI - Percentual da despesa em atenção básica na 10ª RS em relação à despesa total em saúde

Município	% DESPESA EM AB EM RELAÇÃO DESPESA TOTAL DA SAÚDE DO MUNICÍPIO			
	2005	2006	2007	2008
Cascavel	**87,23%**	**88,58%**	**91,82%**	**87,51%**
Quedas do Iguaçu	61,89%	76,68%	80,45%	75,68%
Guaraniaçu	99,26%	100,00%	100,00%	93,51%
Corbélia	10,75%	98,12%	97,19%	98,33%
Capitão Leonidas Marques	13,38%	77,68%	81,33%	83,38%
Cafelândia	**0,00%**	**6,13%**	**4,81%**	**74,48%**
Três Barras do Paraná	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Nova Aurora	10,12%	99,24%	95,43%	98,98%
Céu Azul	83,13%	96,26%	96,15%	95,19%
Catanduvas	75,84%	76,43%	99,87%	97,75%
Santa Tereza do Oeste	**19,71%**	**14,48%**	**20,17%**	**23,51%**
Vera Cruz do Oeste	83,38%	94,24%	83,77%	80,50%
Jesuítas	98,43%	97,46%	73,19%	95,78%
Boa Vista da Aparecida	**12,81%**	**37,33%**	**35,43%**	**23,69%**
Formosa do Oeste	98,60%	98,72%	98,89%	98,50%
Braganey	96,99%	98,07%	98,03%	98,63%
Ibema	62,36%	60,75%	75,28%	78,30%
Espigão Alto do Iguaçu	77,05%	81,89%	83,69%	83,70%
Campo Bonito	100,00%	100,00%	99,31%	99,31%
Diamante do Sul	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Santa Lúcia	73,64%	52,08%	40,71%	47,11%
Anahy	100,00%	99,26%	99,86%	100,00%
Iracema do Oeste	96,35%	97,23%	95,34%	96,28%
Iguatu	95,59%	61,41%	94,28%	94,75%
Lindoeste	**19,05%**	**16,25%**	**17,59%**	**16,56%**
Total Região	**73,33%**	**82,13%**	**84,43%**	**84,60%**

Fonte: SIOPS – http://siops.datasus.gov.br - Elaboração própria.

Outros municípios que aparecem em destaque na tabela XI, além de Cascavel, são Cafelândia, Santa Tereza do Oeste, Boa Vista da Aparecida e Lindoeste. Inicialmente vamos discutir os dados dos três primeiros municípios conforme citado.

O município de Cafelândia apresenta uma especificidade relevante: é um município que conta com apenas um hospital e conta com 100% de cobertura do PSF, sendo que em todo período do estudo, 2005 a 2008, já contava com as equipes de PSF implantadas. A relevância que se apresenta é a inversão da lógica do financiamento da média complexidade para a atenção básica. Para o ano de 2005 o município gastou 0,00% em atenção básica, sendo seu maior gasto na assistência hospitalar e ambulatorial 82,98%, e ainda 14,53% em suporte profilático e terapêutico, e pequeno percentual de 0,62% na vigilância epidemiológica. Para o ano de 2006 e 2007, o gasto em atenção básica foi de 6,13% e 4,82% respectivamente, e deu um salto para o ano de 2008, invertendo completamente a lógica do gasto, apresentando 74,48% da atenção básica e para a assistência hospitalar e ambulatorial um percentual de 12,44% do gasto total em saúde. É válido destacar que essa é a lógica induzida pelo MS para a expansão da atenção básica, para que se concretize como porta de entrada do SUS[16]. No entanto, segundo Caetano e Dain (2002, p. 14):

> A transformação mais radical do padrão assistencial tradicional ao padrão de assistência do PSF implica incorporar um conjunto de mudanças quantitativas e qualitativas com significativos custos de reestruturação. O divisor de águas entre o sucesso e o fracasso da transformação pretendida não se limita ou se esgota, entretanto, na restrição de recursos financeiros.

Para o município de Santa Tereza do Oeste, o percentual gasto em atenção básica, do total gasto em saúde no período de 2005 a 2008, é baixo. Destaca-se, entretanto, que o município tem apenas 24,2% de cobertura do PSF e, conforme consulta do SIOPS, apresenta alto percentual de gasto com assistência hospitalar e ambulatorial. É possível que tenha gasto com a saúde de sua população através dos consórcios intermunicipais, dependendo de outros entes federados do mesmo nível,

[16] Todos os dados apresentados são percentuais calculados a partir da base de dados do SIOPS, através da consulta da despesa liquidada por sub-função para cada município.

para atender a sua demanda por ações e serviços de saúde, o que demonstra sua insuficiência na gestão da saúde.

O município de Boa Vista da Aparecida tem uma especificidade diferente de Santa Tereza do Oeste, pois apresenta um percentual de 98,8% de cobertura do PSF. Isso demonstra que, mesmo tendo um alto percentual de cobertura do PSF, a população necessita majoritariamente de muitos atendimentos de média complexidade, pois 76,31%[17] dos gastos em saúde do município foram em assistência hospitalar e ambulatorial. O que é passível de questionamento é a resolutividade da atenção à saúde pelo PSF.

O último município a ser destacado da tabela XI é Lindoeste. Este município não tem cobertura de PSF, e o que se observa é que o gasto dele em atenção básica é muito próximo ao dos municípios de Santa Tereza do Oeste e Boa Vista da Aparecida, que tem PSF. Destaca-se, entretanto, que o percentual gasto em atenção básica está em grande parte vinculado às equipes de ACS.

Finalmente, apresenta-se o gasto total da região em atenção básica, em que na maioria dos anos em estudo se apresenta acima de 80% do gasto total em saúde. Ou seja, já é possível verificar, na 10ª RS do Paraná, a adoção da política de saúde proposta para o país: a região já apresenta à inversão da lógica do financiamento da assistência a saúde curativa centrada no atendimento médico-hospitalar para a atenção preventiva, com promoção de saúde no atendimento pela atenção básica em conjunto com o PSF.

[17] Todos os dados apresentados são percentuais apresentados a partir da base de dados do SIOPS, através da consulta da despesa liquidada por sub-função para cada município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste estudo foi analisar as características do financiamento da atenção básica e do PSF na 10ª RS do Estado do Paraná e sua relação como indutor do modelo assistencial à saúde. Desta forma, foram traçadas algumas questões, a saber: os incentivos financeiros constituem instrumento fundamental para a adesão dos municípios da 10ª RS ao PSF? A reorganização da atenção básica na lógica assistencial do PSF consolida a atenção básica como porta de entrada do SUS?

Pretende-se, com as considerações abaixo, concluir os resultados obtidos em resposta ao objetivo e as questões norteadoras.

Em relação à capacidade de indução do modelo da política de saúde através dos incentivos federais, acredita-se que, na medida em que os municípios são altamente dependentes das transferências intergovernamentais, em especial as federais, devido a diversos fatores – entre os quais a má arrecadação tributária –, os incentivos do PSF constituem a única maneira de os municípios viabilizarem novos recursos para a saúde, para atender às necessidades da população e cumprir com suas responsabilidades de gestão, uma vez que gastam todo o recurso do PAB-fixo e PAB-variável no custeio das ações e serviços de saúde do PSF.

Por outro lado, a política de saúde determinada pelo MS pode não corresponder às necessidades locais, além do fato de as transferências repassadas pelas outras esferas de governo aos municípios não cobrirem o custo real dos serviços prestados. Assim, os municípios são obrigados a financiar com recursos próprios as políticas ministeriais. Tendo em vista os baixos valores repassados para o PSF e do *per capita* do PAB, os municípios têm colocado um volume adicional de recursos próprios.

Conforme observado neste estudo, o caso do município de Boa Vista da Aparecida, em que as demandas não atendidas da população correspondem a serviços de média complexidade, demonstra que, em alguns municípios, as políticas federais de atenção básica não estão voltadas às necessidades mais urgentes da população. O município, como vimos na análise dos dados, apresenta um percentual

de 98,8% de cobertura do PSF. Apesar de um alto percentual de cobertura do PSF, a população necessita majoritariamente de muitos atendimentos de média complexidade, o que pode ser concluído ao se observar o gasto em saúde do município em assistência hospitalar e ambulatorial que é de 76,31%. O que é passível de questionamento é a resolutividade da atenção a saúde pelo PSF, neste caso.

Contudo, é notável que, para que ocorresse a adesão e implantação das equipes de PSF, o recurso do PAB-variável foi indutor do modelo de atenção básica da 10ª RS, pois nos municípios do estudo onde não havia nenhuma rede de assistência à saúde, a atenção básica foi a melhor estratégia adotada, como verificamos nos gastos com Atenção Básica. Em 2003, Marques e Mendes já indicavam que o aumento da importância do PAB-variável, a partir da segunda metade da década de 90, foi decorrente da expansão dos incentivos financeiros repassados para a implantação dos PSF. Entende-se que, devido ao pequeno número populacional dos municípios, é inviável outro modelo de atenção à saúde que não seja a atenção básica. Há, portanto a necessidade evidente de um mecanismo eficaz de referência e contra-referência para o atendimento de necessidades de média e alta complexidade, pois a região, no caso o município de Cascavel, tem estrutura para atender a esses pacientes.

A introdução da SF nos pequenos municípios em que a rede de assistência à saúde é incipiente se comporta de forma diferente dos maiores municípios. No caso de Cascavel, município com maior população do estudo, os incentivos financeiros são menos significantes do que o impacto que causam nos pequenos municípios, outra característica é que o município apresenta apenas 15% de cobertura do PSF. No entanto, estas equipes estão mais bem distribuídas no município do que nos municípios menores, e também se observou que executam as ações da SF de forma padronizada, segundo o proposto pelo MS, obtendo proporcionalmente melhores resultados dos indicadores de atenção a saúde. Porém, vale destacar que a melhor resolutividade do PSF está atrelada à estrutura e à rede de assistência à saúde, e neste caso estão constituídas no município de Cascavel, que é pólo regional de assistência á saúde.

Para Dain, ao adotar um critério populacional para as transferências, o PAB "coloca recursos do Sistema Único de Saúde em municípios sem relacioná-los à

oferta ou à rede estruturada. Este esforço distributivo pode tanto resultar em uma política pulverizada de recursos como também em efeito indutivo e virtuoso de maior responsabilização das municipalidades beneficiadas". (DAIN, 2000, p. 109)

Acredita-se que o atrativo dos recursos adicionais tem sido um dos motivos substanciais para a adesão dos municípios à atenção básica através do PSF. Porém, acredita-se também que as estratégias locais de atenção à saúde não são subordinadas aos programas federais e não prejudicam a autonomia dos municípios na gestão do SUS. Exemplo deste fato é o município de Lindoeste, que não foi analisado inicialmente a respeito dos recursos do PSF por não possuir o programa. Ao analisar o mesmo sobre o gasto em saúde, verificamos que o percentual gasto em atenção básica está próximo de municípios que têm PSF. Lindoeste optou por investir em unidade de saúde tradicional e em um hospital municipal. A demanda da população é atendida nesta unidade de saúde, e conta também com o PACS, que cobre uma média de 48% da população, e o hospital municipal tem médico 24 horas. Assim, poderíamos de forma geral considerar que o atendimento à saúde em Lindoeste funciona sem a adesão ao PSF, o que demonstra que o PSF é uma alternativa e não o modelo único.

Dado que os municípios não têm estrutura física, política e muito menos fiscal para cumprir com suas responsabilidades de gestão, é necessário que exista alguma forma de organizar a atenção à saúde e permitir o acesso da população, em todos os municípios brasileiros. E essa indução, por meio de incentivos financeiros, pode ser considerada como a contrapartida do MS para organizar um serviço para o qual a resposta dos demais entes federados revela dificuldades. Entende-se, portanto, que o município não perde autonomia, mas ganha a cooperação de outro ente governamental na organização das ações e serviços públicos de saúde.

As transferências intergovernamentais, entre elas os incentivos financeiros, têm alto peso no total de recursos dos municípios, mas a capacidade de gestão, a possibilidade de implantação das equipes com atuação nos moldes propostos pela estratégia de SF precisa ser repensada e discutida no nível municipal, para que a implantação da estratégia não seja apenas a maneira através da qual os municípios buscam recursos.

Respondendo aos questionamentos feitos nesta dissertação: a reorganização da atenção básica na lógica assistencial do PSF consolida a atenção básica como porta de entrada do SUS?

Entende-se que, se forem levados em consideração apenas os aspectos financeiros, em municípios extremamente pequenos, o PSF pode ser consolidado como porta de entrada do SUS. Mas é preciso aumentar os recursos financeiros para o custeio das ações do PSF, pois os municípios já cumprem com a EC-29, e mesmo assim os recursos são insuficientes, uma vez que os municípios menores possuem baixa arrecadação tributária e dependem essencialmente do financiamento federal para tais custeios.

Entretanto, para responder a essa questão, é necessário levar em conta fatores que vão além do financiamento, como por exemplo, a resolutividade do PSF e a construção de redes de serviços de saúde eficazes para a média e alta complexidades. Com a análise dessas condições, poder-se-ia discutir o PSF como porta de entrada do SUS. Para isso, não estão previstos incentivos associados à adesão ao PSF, criando uma lacuna para o gestor e uma descontinuidade na prestação dos serviços.

É válido destacar que o PSF apresenta bons indicadores de melhoria da condição de saúde da população em todo território nacional, porém ainda está longe de ser considerado eficaz como porta entrada para uma política universal e resolutiva em todos os níveis de atenção, como preconizado no SUS. Isso ocorre especialmente pela falta de mecanismos de referência e contra-referência, garantindo a assistência especializada ao paciente que é atendido na unidade de Saúde da Família.

Observamos também que nas cidades de grande porte populacional, devido à estrutura social, cultural e física e à migração e crescimento populacional, a estratégia do PSF está ainda mais longe de se consolidar como porta de entrada do SUS. As demandas e as necessidades de saúde da população aumentam com o crescimento populacional, e existem expectativas, por parte da população e do próprio SUS, em torno à maior resolutividade das ações sob responsabilidade local.

Isso significa dizer que qualquer resposta dada sobre a possível consolidação do PSF/atenção básica como porta de entrada do SUS deve levar em conta, entre

outros fatores, o porte populacional do município e sua rede de atenção à saúde já estruturada, ou seja, essa é uma questão que não pode ser respondida com uma análise superficial. Em algumas regiões do país, pode ser possível; em outras, a situação é muito mais complicada.

No contexto do financiamento da saúde, diversos estudos demonstram a predominância de transferências federais para os municípios no custeio do SUS, e a ESF na 10ª RS não foge à regra. Embora nos últimos anos tenha havido maior participação dos municípios no setor da saúde, devido aos percentuais mínimos propostos pela EC-29, ainda assim, o percentual majoritário de recursos é proveniente da União. Desta forma, o Governo Federal continua sendo o agente definidor da política de saúde no território nacional.

Em um país onde os municípios são caracterizados por enorme heterogeneidade de tamanho e renda, os repasses federais cumprem e deverão continuar cumprindo papel fundamental no gasto do PSF.

Em conclusão, sem desmerecer a instrumentalização dos incentivos financeiros, podemos afirmar que tais mecanismos de financiamento são condição necessária, porém não suficiente, para a equalização das condições de acesso a todos os nível de atenção à saúde que configuram sua materialização como direito social e cidadão.

REFERÊNCIAS

BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *O Financiamento da Saúde*. Brasília: CONASS, 2007. 164 p. (Coleção Progestores: Para entender a gestão do SUS, 3).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (A)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (B)

_____. Ministério da Saúde. Consórcio Fundação Getúlio Vargas. CNPq. REFORSUS. *Determinação e Avaliação do Custo do Programa de Saúde da Família (PSF):* 2001/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. *Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde:* Emenda Constitucional n.º 29/2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 96*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/proesf/expansao_sf.php. Acesso em: 13 set 2009.

_____. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Atenção Básica. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/histórico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 13 set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.066, de 23 de dezembro de 2008. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a Estratégia Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legislacao/leg_pesquisa.cfm Acesso em: 17 set 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.067, de 23 de dezembro de 2008. Define o valor mínimo da parte do Piso de Atenção Básica - PAB para efeito de cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional 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. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3067_23_12_2008.html Acesso em: 17 set 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html. Acesso em setembro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 650/GM, 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 Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: http://diario.vlex.pt/vid/portaria-junho-33353956 Acesso em: 17 set 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 396, de 04 de abril de 2003. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde da Família e dá outras providências. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria396_04_04_03.pdf Acesso em: 17 set 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm_95_2001.pdf. acesso em setembro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.329, de 12 de novembro de 1999. Estabelecer nova sistemática para o cálculo do incentivo financeiro ao Programa Saúde da Família, parte integrante do Piso da Atenção Básica – PAB. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1329.html Acesso em: 17 set 2009.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. *Os equívocos da NOB/96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?* Conferência Nacional de Saúde on-line. Na Sequência da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Tema: Norma Operacional Básica 01/96 (mimeo). 1997.

CADASTRO Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Disponível em http://cnes.datasus.gov.br. Acesso em: 14 set 2009.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa de Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 11-21, 2002.

CAMPOS, E. M. S. *A Estratégia Saúde da Família e sua proposta de (re) estruturação do modelo assistencial do SUS*: a perspectiva de quem molda sua

operacionalização. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CARVALHO, M; JUNIOR, A. P.; Jr, L. C. Financiamento público da saúde pelo governo do Estado do Paraná, Brasil, 1991-2006. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2.532-2.540, nov. 2008.

DAIN, Sulamis. Os Vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, (supl.), p. 1.851-1.864, 2007.

____, Sulamis. O financiamento público na perspectiva da política social. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 17, p. 113-140, 2001.

____, Sulamis. Do Direito Social a Mercadoria. Tese (Apresentada para o concurso de professor titular), Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

FAVERET, A. C. S. C. *Federalismo fiscal e descentralização no Brasil:* o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. *Área Territorial Oficial 2009.* Disponível em: HTTP://www.ibge.gov.br/home/geociencias/areaterritorial/principal.shtm. Acesso em: ago 2009.

_____. *Cidades 2009.* Disponível em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1 Acesso em: ago 2009.

INSTITUTO Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. *Oeste Paranaense:* o 3º espaço relevante: especificidades e diversidades. Curitiba: IPARDES, 2008. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=29. Acesso em: ago 2009.

INSTITUTO de Pesquisa Econômica Aplicada. Políticas Sociais Acompanhamento e Análise. 13. Edição Especial. *Boletim de Políticas Socias*.

LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO,, E.; LIMA, L. D.;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, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C. (Org). *Saúde e Democracia*: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

MACHADO, E. N. M. et al. Efeitos da Introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e a prestação de serviços: o caso de Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 99-111, 2004.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e o Programa Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

_____. A dimensão do financiamento da Atenção Básica e do PSF no Contexto da Saúde – SUS. In: _____. *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MARTINEZ, Wladimir N. *A Seguridade Social na Constituição Federal*. São Paulo: LTR, 1989.

MATTOS, R. A. O Incentivo ao Programa de Saúde da Família e seus Impactos sobre as Grandes Cidades. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 77-108, 2002.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. *Regionais de Saúde*. http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=524 Acesso em: 07 set 2009.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Políticas de Atenção Primária. Saúde da Família. Disponível em http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=874. Acesso em: 14 set. 2009.

_____. Secretaria do Estado de Saúde do Paraná. *Plano Estadual de Saúde 2008-2011.* Disponível em: www.saude.pr.gov.br/.../File/.../Plano_Saude_2008_2011PR_Final.pdf. Acesso em: 20 out 2009.

SGUARIO, E. *Programa Saúde da Família:* potencialidades e limites. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

SOLLA, J. S. P. et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materna-Infantil.* Recife, v. 7, n. 4, p. 495-502, out.-dez. 2007.

SOUZA, R. R. de. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 449-460, 2003.

TEIXEIRA, V. H.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 379-399, 2003.

TERRA, O. G, et al. O incentivo financeiro estadual para a Estratégia do Saúde da Família no Rio Grande do Sul, 2003. *Boletim da Saúde*. Porto Alegre, v. 18, n. 1, jan-jun. 2004.

VIANA, Ana L. D'Ávila; DAL POZ, Mario R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. *Physis*: *Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, (Supl), p. 225-264, 2005.