

**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RAPHAELA FRANÇA TEIXEIRA**

**O FINANCIAMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

**RIO DE JANEIRO**

**2009**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**RAPHAELA FRANÇA TEIXEIRA**

**O FINANCIAMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

**Rio de Janeiro**

**2009**

**RAPHAELA FRANÇA TEIXEIRA**

**O FINANCIAMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: \_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Ana Cecília Favaret  
Coordenadora Geral de Planejamento e Orçamento  
Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro  
SAS/MS

---

Prof. Dr. Cláudia Leite de Moraes  
Universidade Estácio de Sá

---

Prof. Dr. Paulo Henrique Rodrigues  
Universidade Estácio de Sá

*Momentos...*

*Momentos que passamos não seriam os mesmos  
sem os amigos que fizemos.*

*A esses com quem convivi, aos meus queridos  
“baristas” minhas saudades.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por seu incomparável amor que me cobriu de misericórdia em todos os momentos em que a adversidade das situações diziam não ser possível chegar ao final desse sonho.

Aos meus pais que por natureza, opção e amor me ensinaram a lutar por meus objetivos e me ajudaram mesmo sem que eu soubesse na escolha dos caminhos que me trouxeram até aqui.

Aos meus irmãos que, além do incentivo, foram pai e mãe do meu filho em todas as minhas ausências.

Ao meu amado filho João Pedro, maior das minhas alegrias, que suportou minhas ausências e longos períodos no computador, sempre me incentivando com seu carinho. Mamãe te ama meu filho!

À minha amiga irmã Simone que esteve ao meu lado nos piores e melhores momentos de minha vida, sempre me apoiando, segurando as “barras”... Valeu amiga!

Ao meu amado Alixandre que esteve, comigo mesmo quando distante, torcendo pelo meu sucesso e nessa reta final bem de pertinho, me ajudando, amando e compreendendo minha ausência, mesmo quando mais precisava do meu apoio.

Ao meu querido orientador Paulo, que por inúmeras vezes não permitiu que eu desistisse, motivando-me, encorajando-me e fazendo-me superar os obstáculos que se impuseram no decorrer desse caminho, você foi mais que um mestre.

Às Amigas Márcia Portugal e Tânia Mara pelo carinho e apoio acadêmico no fornecer das informações necessárias ao desenvolvimento desse trabalho e ao meu grande amigo e “guru” Amara (queridíssimo)!!!!

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte desse tão importante momento de

minha carreira!! Essa conquista é tão minha quanto de vocês!

*“Quero, um dia,  
poder dizer às pessoas que nada foi em vão...  
que o amor existe,  
que vale a pena se doar às amizades  
e às pessoas, que a vida é bela sim,  
e que eu sempre dei o melhor de mim...  
e que valeu a pena!!!”*

Mário Quintana

## RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, tem se consolidado como estratégia estruturante do modelo de atenção à saúde vigente no Brasil. Tal importância, conferida pelo MS a esse Programa, justifica o incentivo dado pelo governo, evidenciada pelo consumo cada vez maior de recursos da saúde, visando seu crescimento em todo território nacional. A Dissertação de Mestrado ora apresentada é de caráter quantitativa e exploratória e tem como objetivo principal a análise do financiamento do PSF, com base na situação dos municípios do Espírito Santo. O desenvolvimento desse trabalho justifica-se não somente pela escassez de pesquisas envolvendo o tema, como também pelo fato das recentes mudanças pelas quais vem passando o financiamento do SUS, ocorridas a partir de março de 2006 sendo este um tema muito atual e muito debatido no âmbito do SUS. Para respaldo dessa análise foram pesquisados os dados do Sistema Integrado de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Os dados pesquisados mostram uma nítida diminuição proporcional do financiamento pela esfera federal em comparação à municipal. A análise da evolução da proporção da população coberta pelo PSF por faixa populacional demonstrou um aumento da cobertura em todas as faixas e uma dificuldade clara dos municípios de maior porte na expansão de cobertura em seu território. No que se refere às despesas com o PSF, os dados disponibilizados no SIOPS e DATASUS foram insuficientes para a elaboração de análise comparativa das despesas do PSF sobre o total das despesas com saúde. Os resultados encontrados sugerem o melhoramento das informações financeiras disponibilizadas pelos Sistemas de Informação do Sistema Único de Saúde (SUS), com objetivo de que essas informações possam ser instrumento sólido, representativo e abrangente para tomada de decisão dos gestores.

**Palavras – chave:** Financiamento, Estratégia Saúde da Família, Saúde Pública.

## **ABSTRACT**

The Program Health of Family (PSF), created for the Ministry of Health (MS) in 1994, if has consolidated as estructurent strategy of the model of attention to the effective health in Brazil. Such importance, conferred for the MS to this Program, justifies the incentive given for the government, evidenced for the consumption each bigger time of resources of the health, aiming at its growth in all domestic territory. The Dissertação de presented Mestrado however is of quantitative and explore character and has as objective main the analysis of the financing of the PSF, on the basis of the situation of the cities of the Espirito Santo. The development of this work not only justifies for the scarcity of research involving the subject, as well as fact of the recent changes for which it comes passing the financing of the SUS, occured from March of 2006 being this a current subject very and very debated in the scope of the SUS. For endorsement of this analysis the data of the Integrated System of Public Budgets in Health (SIOPS) and of the Department of Computer science of SUS had been searched (DATASUS). The searched data show a clear proportional reduction of the financing for the federal sphere in comparison to the municipal theatre. The analysis of the evolution of the ratio of the population covered for the PSF for population band demonstrated to an increase of the covering in all the bands and a clear difficulty of the cities of bigger transport in the expansion of covering in its territory. As for the expenditures with the PSF, the data available in SIOPS and DATASUS they had been insufficient for the elaboration of comparative analysis of the expenditures of the PSF on the total of the expenditures with health. The joined results suggest the improvement of the financial information available by the Systems of Information of the only System of Health (SUS), with objective of that this information can be solid instrument, representative and including for taking of decision of the managers.

**Keywords:** Financing, Family Health Strategy, Public Health.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família Brasil, 1998 a 2004 .....	11
Figura 2 - Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família Brasil, 2004 a março de 2009 .....	12
Figura 3 - Distribuição per capita dos Recursos Financeiros da Atenção Básica em reais/hab/ano BRASIL - 1998 e 2006 13	
Figura 4: Plano Diretor de Regionalização (PDR) / ES em 2003.....	16
Figura 5: Mapa do Espírito Santo – Delimitação municípios.....	42

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Espírito Santo: Aumento da cobertura % da ESF, 2000 a 2006.....	15
Gráfico 2 : Evolução da cobertura proporcional da ESF por porte populacional, 2000-2006 .....	18
Gráfico 3: Fontes de financiamento do SUS – 1985-1996.....	29
Gráfico 4: Participação proporcional das esferas de governo no financiamento do SUS, 1980-2006.....	33
Gráfico 5: Evolução das despesas federais com o SUS: como % das despesas totais e das despesas não financeiras (1995/ 2005) .....	34
Gráfico 6: Evolução da cobertura populacional (%) do PSF no Brasil, 2001 a mar/2009 .....	50
Gráfico 7: Evolução da cobertura populacional (%) do PSF no Espírito Santo, 2000 a 2006 .....	51
Gráfico 8: Evolução do percentual de cobertura populacional das ESF, distribuído por porte populacional no Brasil, 1998 a 2008 .....	52
Gráfico 9: Evolução do percentual de cobertura populacional das ESF, distribuído por porte populacional no Espírito Santo, 2001 a 2006.....	54
Gráfico 10: Evolução das despesas com recursos próprios por habitante e transferências SUS totais por habitante, 2003 a 2006.....	56
Gráfico 11: Participação da despesa liquidada total com atenção básica, sobre a despesa total com a saúde ( %).....	58
Gráfico 12:Transferências do SUS para a atenção básica sobre despesa total com atenção básica (%) .....	59
Gráfico 13: Evolução da proporção média de recursos próprios aplicados na saúde pelos municípios do ES (EC nº. 29/00) .....	61
Gráfico 14: Transferências SUS para a atenção básica sobre transferências SUS totais (%) .....	62

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Espírito Santo, municípios por porte populacional - número, população estimada, população cadastrada e cobertura % da ESF (2006).....	17
Tabela 2: Participação proporcional das esferas de governo no financiamento do SUS, 1980-2006.....	32
Tabela 3: Ministério da Saúde, gastos com os diferentes níveis de atenção do SUS, 1996 a 2004 (valores em R\$).....	36
Tabela 4: Ministério da Saúde, gastos com os diferentes níveis de atenção do SUS, 1996 a 2004 (%).....	36
Tabela 5: Composição dos gastos com atenção básica do MS 1996-2004.....	37
Tabela 6: Distribuição percentual da composição dos gastos com atenção básica do MS 1996-2004.....	37
Tabela 7: Municípios do ES, % de cobertura SF, Despesas estimada com SF/despesa total com saúde, % de transferências SUS/despesas totais com saúde, % de recursos próprios aplicados em saúde .....	38
Tabela 8: Valor estimado para despesa mensal com equipe PSF (R\$) no período de 2004 a 2006 .....	46
Tabela 9: Eliminação de municípios com dados não informados para cálculo de gasto médio com PSF por ano .....	47
Tabela 10 – Cobertura percentual do PSF no Brasil por faixa de população – 2001 a mar/2009 .....	52
Tabela 11: Evolução da cobertura percentual do PSF no Espírito Santo por faixa de população – 2001 a 2006.....	53
Tabela 12: Evolução das despesas com recursos próprios, transferências SUS e despesas totais com saúde por habitante, 2003-2006.....	55
Tabela 13: Participação da despesa com atenção básica, sobre a despesa total com a saúde ( %).....	56
Tabela 14: Transferências do SUS para a atenção básica sobre a despesa total com atenção básica (%) .....	58
Tabela 15: Transferências do SUS para a atenção básica sobre transferências totais para o SUS (%) .....	59
Tabela 16: Evolução da proporção média dos recursos próprios aplicados na saúde pelos municípios do ES (EC nº. 29/00) .....	60

Tabela 17: Despesas totais com saúde, despesa liquidada total com atenção básica, transferências SUS para atenção básica e Transferências SUS totais, segundo o porte populacional dos municípios, 2004..... 1

Tabela 18: Despesas totais com saúde, despesa liquidada total com atenção básica, transferências SUS para atenção básica e Transferências SUS totais, segundo o porte populacional dos municípios, 2005..... 2

Tabela 19: Despesas totais com saúde, despesa liquidada total com atenção básica, transferências SUS para atenção básica e Transferências SUS totais, segundo o porte populacional dos municípios, 2006..... 3

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AIS - Ações Integradas de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

CFS – Contribuição sobre a Folha de Salários

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CLL – Contribuição sobre o Lucro Líquido

CPMF – Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira

COFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DAB - Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

EC – Emenda Constitucional

ES – Espírito Santo (Estado)

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensatórias

FAT - Fundo de Amparo ao Trabalhador

FEF – Fundo de Estabilização Fiscal

FMS – Fundo Municipal de Saúde

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FSE – Fundo Social de Emergência

GPAB - Gestão Plena da Atenção Básica

GPMS - Gestão Plena do Sistema Municipal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IJSN – Instituto Jones Santos Neves

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica (SUS)

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PIB – Produto Interno Bruto

PPI – Programação Pactuada Integrada

PROESF - Projeto de Extensão e Consolidação da Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

RMV – Região Metropolitana de Vitória

SESA – Secretaria de Estado da Saúde (ES)

SIA – Sistema de Internações Ambulatoriais

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH – Sistema de Internações Hospitalares

SIOPS – Sistema Integrado de Orçamentos Públicos em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TFAE – Teto Financeiro de Assistência do Estado

TFAM – Teto Financeiro de Assistência do Município

## Sumário

1. Apresentação .....	2
2. Marco teórico-conceitual .....	6
2.1 Histórico da atenção primária no Brasil.....	6
2.2 Normas e métodos de gestão financeira pública .....	18
2.3 O Modelo de Financiamento do SUS.....	24
3. Objetivos e métodos.....	39
3.1 Objetivos.....	39
3.2 Métodos e procedimentos .....	39
4. Resultados .....	49
4.1 A precariedade das informações financeiras sobre o PSF .....	49
4.2 Cobertura da SF no Brasil e no Estado do Espírito Santo .....	50
4.3 Análise dos dados financeiros disponíveis.....	55
5. Considerações finais .....	63
Referências .....	66
Bibliográficas .....	66
Documentais.....	70
Anexo 1 – População estimada para os municípios, 2006.....	73
Anexo 2 – Despesas totais com saúde e despesas com atenção básica por origem dos recursos por porte populacional .....	1

## 1. APRESENTAÇÃO

A Dissertação de Mestrado ora apresentada tem como objeto o financiamento da Estratégia Saúde da Família (ESF), com base na situação dos municípios do Espírito Santo. A ESF é uma das maiores prioridades do Ministério da Saúde (MS), desde 1994, visando à reorganização da atenção primária (ou básica) à saúde (APS). A Estratégia vem mostrando ter tanta importância que consome cada vez mais recursos do Ministério da Saúde e contribuiu para reorientar, inclusive, o esquema de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), como será mostrado ao longo do trabalho.

Para compreensão do financiamento da APS, faz-se necessário conhecer o cenário de fontes e origem dos recursos do SUS, além das formas de repasse de recursos entre as esferas de governo. A atenção integral à saúde da população envolve, entretanto, ações e serviços em todos os níveis da atenção desde a atenção primária, ou básica, passando pela atenção especializada ambulatorial, até a atenção hospitalar de média e alta complexidade. Conforme será apontado adiante, a distribuição de tais ações e serviços é diferenciada de acordo com o porte dos municípios e pode ter implicações sobre a capacidade de financiamento do SUS pelos mesmos, uma vez que os maiores municípios têm de arcar com parte dos custos da atenção de média e alta complexidade para a população dos municípios de menor porte.

Escorel et al. (2007, p. 165) mostram que em municípios de pequeno porte<sup>1</sup> tem sido mais fácil implantar esta estratégia do que em grandes centros urbanos, em função de características demográficas, acessibilidade e acesso aos serviços de saúde. Da mesma forma, Bousquat, Cohn e Elias, mostram que:

A cobertura Populacional do PSF nas regiões metropolitanas e nas cidades com mais de 500 mil habitantes vem alcançando percentuais inferiores às coberturas nacionais como um todo. Em 1998, a cobertura do PSF no país alcançava 1,96% e, em 2003,

---

<sup>1</sup> Considera-se, para fins desse estudo, municípios de pequeno porte aqueles que possuem população inferior a 20 mil habitantes.

chegou a 33,32%; no mesmo período, nas grandes cidades, estes valores passam de 0,98% para 17,22% (2006 p. 1935).

O Estado do Espírito Santo conta com uma cobertura geral da ESF da ordem de 49% (SESA, 2008), mas não há homogeneidade de cobertura populacional entre os municípios. Os municípios interioranos, de menor porte, têm uma cobertura maior que os da Região Metropolitana de Vitória<sup>2</sup> (RMV), como será mostrado adiante. Apenas 11,5% dos municípios capixabas têm mais de 100 mil habitantes. Desta forma, mais de 80% deles não podem contar com um sistema de saúde com os três níveis de complexidade (atenção primária, secundária e hospitalar) em seu território.

Uma das razões que explicam a diferença da extensão da cobertura populacional entre municípios de maior e menor porte populacional são os custos desse financiamento nos grandes centros, em função da maior população e que por conseqüência demandam maior quantidade de equipes requerendo mais recursos e maiores despesas por parte desses municípios. Segundo informações colhidas junto a Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA/ES), há municípios da RMV que chegam a investir até três vezes mais recursos financeiros do que os repasses do Ministério da Saúde para financiar a APS. Essa pesquisa investiga este ponto ao longo do seu desenvolvimento.

Desta forma, tem importância especial o estudo dos processos de implantação da ESF nas maiores cidades, pois é exatamente nessas cidades onde se poderá confirmar ou não o êxito da estratégia assumida.

Segundo o IBGE (2007), cerca de 73 milhões de habitantes residem nas 23 regiões metropolitanas brasileiras e estas são decisivas para a concretização de qualquer política social, como o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que seus habitantes têm maior capacidade de influir nas decisões políticas do país.

Segundo o CONASS (2007, p. 12), a Saúde no Brasil tem se mantido como:

---

<sup>2</sup> A Região Metropolitana de Vitória (RMV) é formada pelos municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória. Esses 7 municípios abrigam quase metade da população total do ES (46%) e 57% da população urbana do Estado (IBGE/IPES, 2007)

- 1º problema mais importante enfrentado no cotidiano pela população (24,2%), seguido pelo desemprego (22,8%), situação financeira (15,9%), violência (14%);
- 2º item de gasto federal (depois de previdência), excluídos os encargos da dívida;
- 3º item do gasto agregado das três esferas de governo (depois de previdência e educação);
- equivalente a 7,5% do PIB, incluindo gasto público e privado; a participação privada corresponde a mais de 4% do PIB (2007, p. 12).

Praticamente não há pesquisas sobre o tema no país. Desta forma, o estudo do tema em geral e, especialmente, a respeito das diferentes capacidades das gestões municipais em assegurar o financiamento da ESF, pode contribuir para apontar caminhos para a consolidação da mesma.

A Constituição Federal de 1998 foi uma enorme conquista de cidadania consagrando o direito universal à saúde (CARVALHO, 2007), no entanto, conforme afirma o atual ministro da saúde, José Gomes Temporão: “É impossível falar de direito à saúde sem um financiamento ideal. Há uma diminuição dos investimentos federais e os estados e municípios têm aumentado suas participações” (TEMPORÃO, 2007).

Segundo o relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000), é o financiamento um dos temas de maior expressividade desde a implantação do SUS. Para os participantes desta Conferência, não há por parte dos governos estadual e federal, efetivo compromisso com a destinação mínima dos recursos aos municípios, sendo que, com poucas exceções, os Estados, não têm repassado recursos próprios para a saúde aos municípios, como também não têm adotado critérios de financiamento que favoreçam a consolidação de redes municipais e regionais de serviços. Considerou-se ainda a existência de recursos executados fora dos Fundos de Saúde e, em muitos municípios, o controle dos recursos é feito pela Secretaria da Fazenda e/ou pelo Chefe do Executivo, caracterizando que o gestor da saúde não é efetivamente o ordenador das despesas, contrariando frontalmente os dispositivos constitucionais.

No tocante à ESF, Solla et al (2007), afirmam que a mesma consolidou-se como principal propulsor construção do SUS, fortemente induzido pelo governo federal. Os autores consideram ainda que a participação dos municípios no financiamento do SUS aumentou progressivamente enquanto que a da esfera federal diminuiu vertiginosamente, principalmente após a vinculação das receitas para o setor saúde, o que permitiu ampliação dos recursos destinados para tal, bem como uma maior responsabilização com o financiamento do SUS em todas as esferas de governo.

Mendes e Marques (2001) afirmam que o financiamento da saúde, em seus vários aspectos, continua ser contestado, o que demonstra ser o consenso sobre o tema ainda frágil.

Considerando o que dizem Solla et al (2007) sobre ser a ESF o eixo estruturante organizacional do SUS, torna-se extremamente relevante o aprofundamento desse estudo no que se refere ao financiamento da ESF e, no caso desta pesquisa em especial, no estado do ES.

## **2. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL**

### **2.1 Histórico da atenção primária no Brasil**

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), o conceito da Atenção Primária à Saúde – APS apareceu pela primeira vez na Declaração de Alma-Ata (CAPITULO VI), originado da Conferência de Saúde Mundial em Alma-Ata (1978) e incorporado nas políticas oficiais de saúde dos países desenvolvidos e em desenvolvimento para alcançar “saúde para todos no ano 2000”, tendo sido conceituada da seguinte maneira:

A Atenção Primária a Saúde é a assistência sanitária essencial. Baseia-se em métodos práticos e na tecnologia, tem fundamentos científicos e sociais, é acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade e tem sua participação completa. A comunidade e o país podem pagar seu custo em todas e em cada uma das fases do desenvolvimento com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. A Atenção Primária é parte integrante do sistema de saúde nacional, do qual é a função central e principal núcleo, assim como do desenvolvimento social e econômico da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (MS, 2002).

CONILL (2008) afirma que as primeiras iniciativas de práticas de saúde comunitária relatadas no Brasil tiveram início na década de 1970 e tinham o foco voltado à população pobre.

Segundo ABRAHÃO (2007), um primeiro passo em direção à estruturação da APS revelou-se em 1982, por meio de Ações Integradas de Saúde (AIS). No entanto, pode-se considerar que efetivas conquistas no campo da saúde pública nascem do movimento da reforma sanitária, cujo marco fundamental foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (MS, 1986) que contribuiu para elaboração de uma política nacional de saúde instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) para toda a população.

Segundo CONILL (2008), os primeiros anos da reforma sanitária foram marcados por intensa crise fiscal e financeira, bem como por fusões de instituições relacionadas num propósito de manutenção e difusão dos novos princípios instituídos. Somente a partir de 1996 a prática desses novos princípios teve impulso por meio de uma política de descentralização com as Normas Operacionais que deram ao poder municipal arcabouço legal e administrativo necessário ao novo papel a ele atribuído.

A autora enfatiza ainda que, apesar da mobilização em torno de uma reorganização do modelo assistencial, o que predominou no momento foi o interesse no cumprimento dos requisitos estabelecidos pelo governo federal como pré-requisito para o recebimento de repasses.

Neste contexto, garantir à população o acesso universal, a integralidade e a equidade, numa rede hierarquizada de serviços resolutivos é o maior desafio no desenvolvimento de novas práticas de saúde (SCHERER; MARINO; RAMOS; 2005).

O MS considera a APS como o primeiro contato dos indivíduos e comunidade com o SUS e sendo ela o primeiro nível de atenção no processo continuado da assistência à saúde (Brasil, 2001; p. 16) que segundo MENDES (2001), deve ser prestada de forma contínua a uma população definida, com lugar, tempo, qualidade e custo certos por meio de serviços organizados em uma rede integrada, responsabilizando-se pelos resultados econômicos e sanitários relativos a esta população.

STARFIELD (2002) enfatiza que, com exceção a condições muito incomuns ou raras, a atenção básica é a entrada do sistema de serviços de saúde, fornecendo atenção sobre o indivíduo no decorrer do tempo para todas as condições.

A partir desses conceitos e neste cenário, o PSF foi apresentado como proposta de reorientação do modelo assistencial, com caráter substitutivo das práticas convencionais (ABRAHÃO, 2007).

### **2.1.2 A implantação da Estratégia de Saúde da Família**

A atenção à saúde em grupos familiares tem origem nos primórdios da medicina, cujo foco preferencial de cuidado durante muitos séculos, se situava no âmbito familiar, com atendimento prestado direto nos domicílios e, não raramente, com a participação da família no processo de cura (GOULART, 2002).

No Brasil, em 1991 dá-se início à história do Programa de Saúde da Família - PSF, assim denominado inicialmente, quando o Ministério da Saúde institui o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, em 1991 (DELAZERE et AL, 2005).

O PACS surgiu a partir de experiências anteriores de programas de extensão de cobertura desenvolvidas com agentes de saúde em vários estados do Brasil, como o Projeto Montes Claros, o Programa de Interiorização das Ações de Saneamento do Nordeste - PIASS) e o Projeto DEVALE – experiência do Vale do Ribeira/SP, que forneceram os fundamentos à formulação do PACS. Nesse contexto, o Programa de Agentes de Saúde do Ceará, implantado pelo governo estadual no período de 1987 a 1990, obteve maior visibilidade política na medida em que melhorou a cobertura vacinal das crianças e o atendimento às gestantes, além de reduzir a mortalidade infantil (PAIM, 1999). Segundo o autor, foi a partir disso que o Ministério da Saúde teve a percepção de que os Agentes Comunitários de Saúde – ACS poderiam ser atores importantes para a organização do serviço básico de saúde nos municípios.

Durante o governo Collor, em 1991, o PACS foi vinculado à Fundação Nacional de Saúde com o objetivo de estender a cobertura de ações em saúde às populações rurais e das periferias urbanas, focalizando suas ações essencialmente para atenção materno-infantil. Desse modo, o programa assumiu o agente comunitário como articulador dos serviços de saúde à comunidade, incluindo entre as suas atribuições o desenvolvimento de ações básicas de saúde e atividades de caráter educativo nos níveis individual e coletivo. Contribuiria, ainda, na produção de informações que possibilitassem a análise e o monitoramento da situação de saúde dos municípios (BRASIL, 1994).

Apesar do considerável avanço em termos práticos e conceituais, o período Collor retrocedeu no que diz respeito à questão do financiamento, reduzindo o gasto médio com saúde até um patamar mínimo de US\$ 40 per capita em 1992 contra US\$ 80 em 1987. Já no governo Itamar Franco inicia-se o polêmico uso de algumas fontes alternativas de recursos para a saúde, como por exemplo, o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Em 1994, o Ministro da Saúde Henrique Santilo adicionou US\$ 5 bilhões a um orçamento de US\$ 9 bilhões, com um discurso que seria esse o mínimo necessário para gerir a saúde no Brasil (SINGER, 2002 apud GOULART, 2002).

O PSF foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, sobre o tema Saúde da Família, convocada pelo Gabinete do Ministério da Saúde, através da Portaria GM nº 692/93. Essa reunião foi a resposta do Ministério a uma demanda de secretários municipais de saúde, que queriam apoio financeiro para efetuar mudanças na forma de operação da rede básica de saúde e foi importante pois uniu técnicos da região sul e sudeste do país com as experiências inovadoras nessas regiões, rompendo com o confinamento do PACS às regiões norte e nordeste (VIANA e DAL POZ, 2005).

Como uma possível resposta ao desafio de reorientar o modelo de atenção no espaço político-operacional, o Ministério da Saúde lançou, em 1994, o Programa de Saúde da Família – PSF, que em 1998 passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família, por ser considerado estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde (SCHERER; MARINO; RAMOS; 2005).

O primeiro documento do Programa Saúde da Família data de 1994. Segundo ele a concepção do programa é de servir como instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, definindo que sua implantação ocorreria prioritariamente nas áreas de risco (DAB/SAS/MS, 2004).

Inicialmente as equipes de PSF eram compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, para desenvolver as atividades de saúde bucal coletiva, conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene

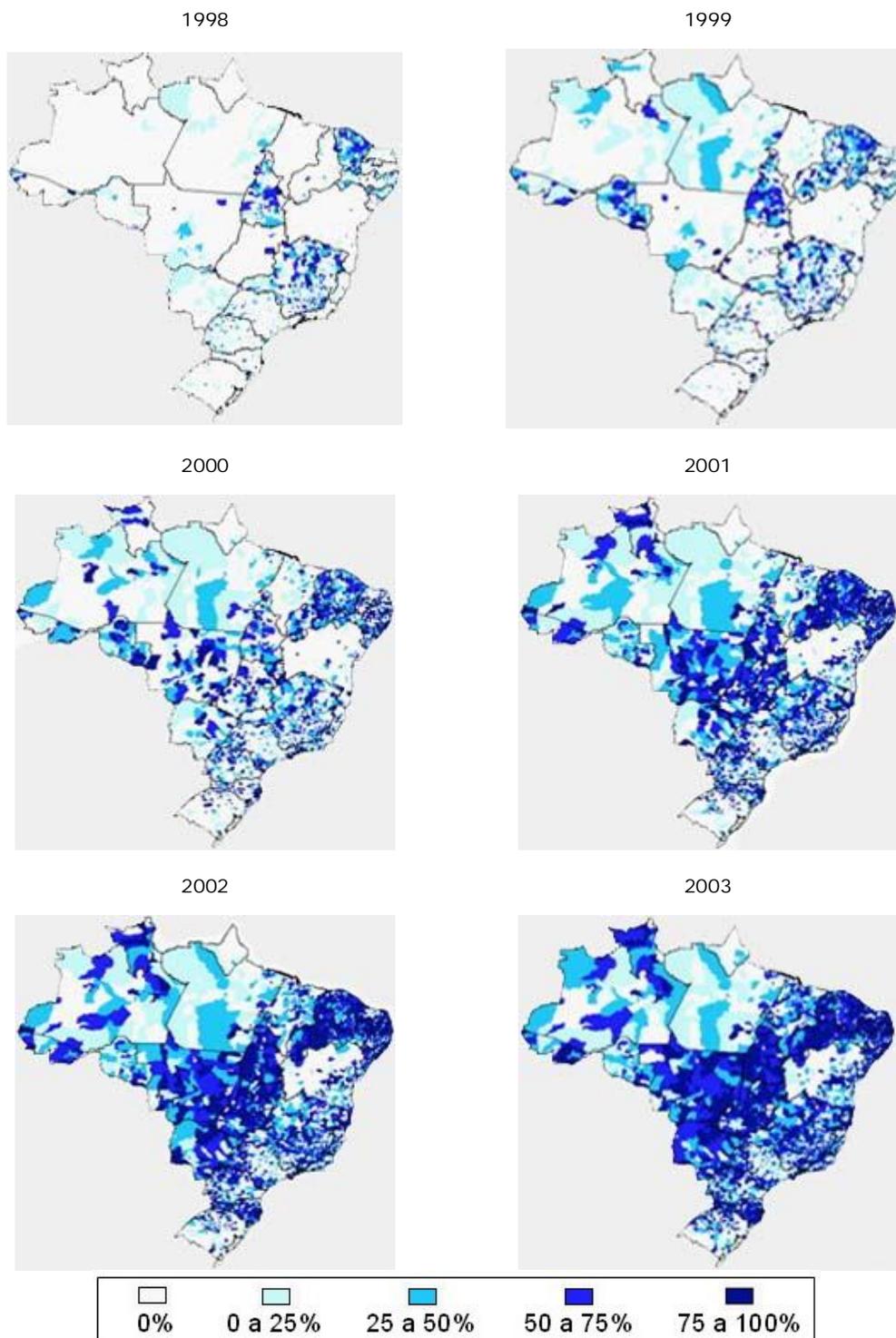
dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de 2.400 a 4.000 pessoas e cada membro é chamado à desempenhar suas atividades sob um novo paradigma, um processo de trabalho coletivo em que o resultado deve surgir de um trabalho composto por diversas áreas profissionais e diferentes saberes, olhando os indivíduos integral e holisticamente (BRASIL,2006).

Labate e Rosa (2005), afirmam que o modelo brasileiro baseou-se no desenvolvimento anterior dos modelos assistenciais à família do Canadá, Cuba, Suécia. Segundo os autores, o histórico do PSF desde a sua formação, leva à constatação de que o modelo assistencial à saúde no Brasil vem passando por mudanças significativas.

A partir do PSF começaram as discussões para uma mudança nos critérios de distribuição dos recursos, de forma a romper com a exclusividade do pagamento por produção. Sendo assim o PSF foi importante na inspiração da Norma Operacional Básica (NOB-96) para a instituição de formas diferenciadas de custeio e investimento em suas ações. Por essa norma, conforme já citado, foi criado o Piso de Atenção Básica – PAB, que prevê a remuneração *per capita* para que os municípios desenvolvam ações básicas de saúde (parte fixa do PAB), além de recursos adicionais, por adesão dos gestores, para aqueles que desejassem implantar as estratégias saúde da família e agentes comunitários de saúde, denominada parte variável do PAB – PAB-VARIÁVEL (BRASIL, 2006).

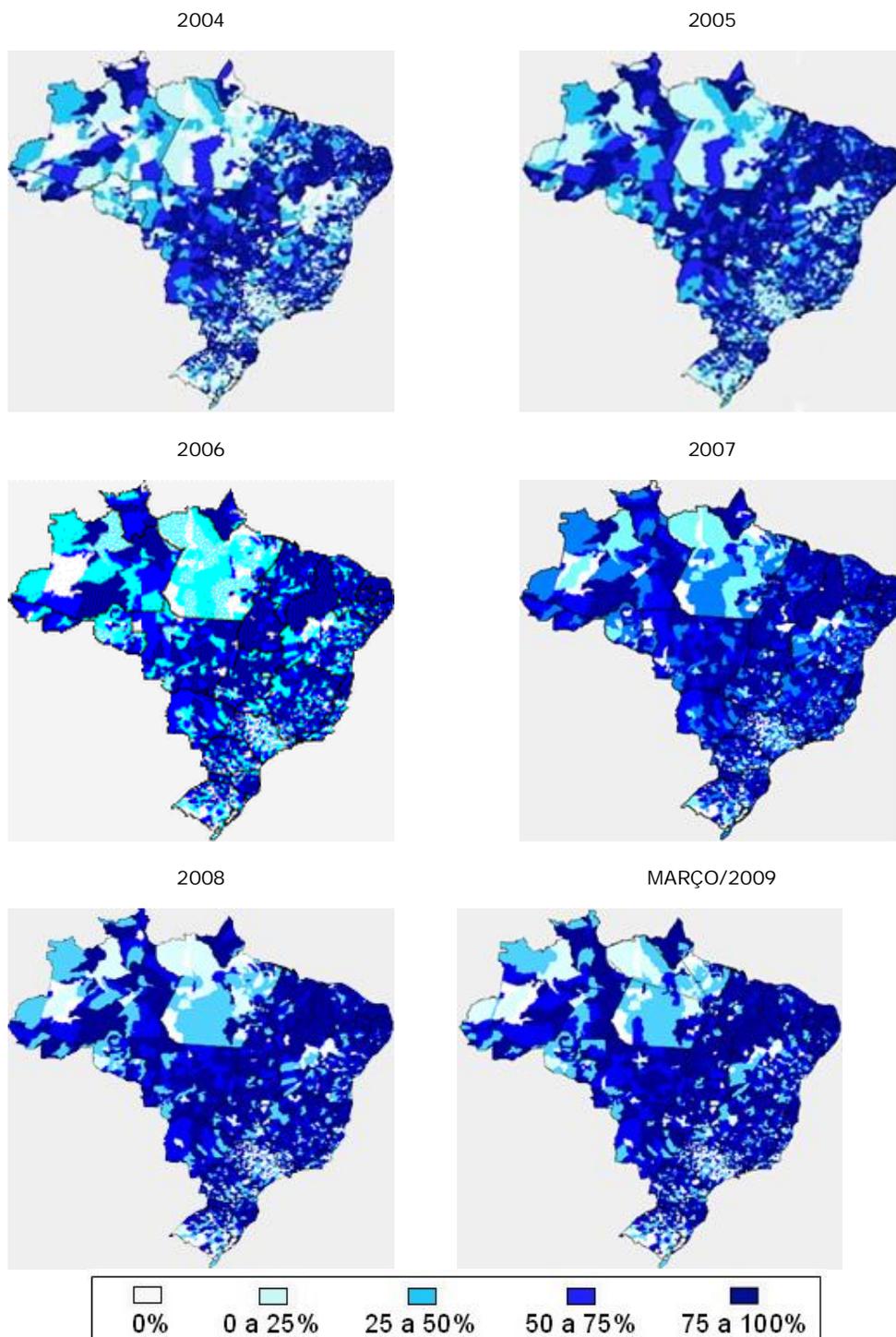
Apesar de uma constante discussão em torno de uma necessidade sempre crescente de financiamento, segundo os dados do MS, a APS e em especial o PSF, vem demonstrando um crescimento vertiginoso em todo o país, desde sua implantação, como mostram as figuras 1 e 2.

**Figura 1 - Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família  
Brasil, 1998 a 2004**



Fonte: DAB/DATASUS, 2009 (<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#mapas>)

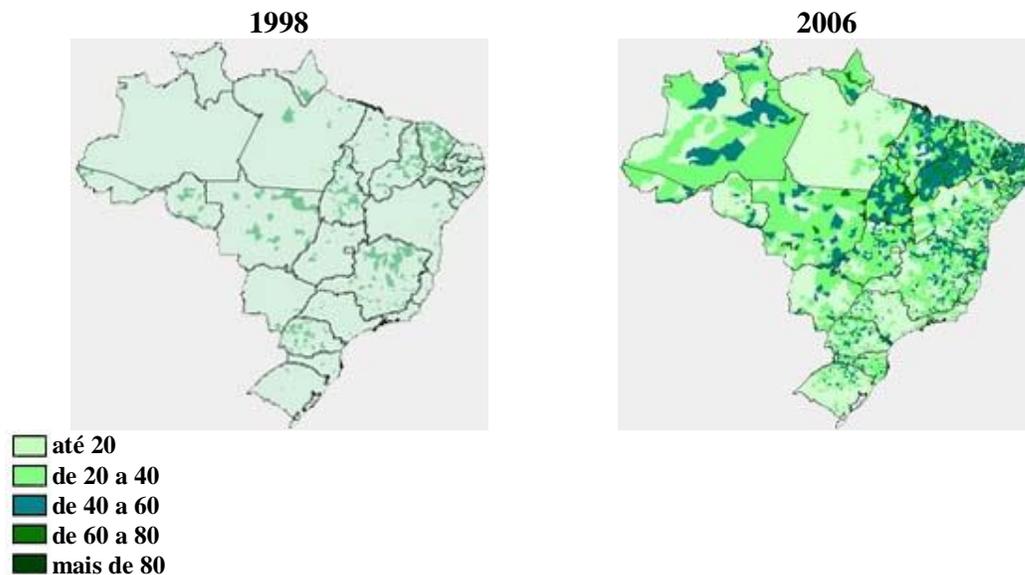
**Figura 2 - Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família  
Brasil, 2004 a março de 2009**



Fonte: DAB/DATASUS,2009 (<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#mapas>)

Segundo Fregona (2006) a rápida expansão da ESF deu-se em função da existência de uma política distributiva de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde, que contou principalmente com a NOB-SUS 01/96 e um conjunto de portarias que instituíram o Piso da Atenção Básica (PAB).

**Figura 3 - Distribuição per capita dos Recursos Financeiros da Atenção Básica em reais/hab/ano BRASIL - 1998 e 2006**



Fonte: DAB/MS,2009

Juntamente com o aumento de cobertura, observa-se também um progressivo crescimento na distribuição dos recursos financeiros da atenção básica no Brasil, conforme mostra a figura 3.

### **2.1.3 Estratégia de Saúde da Família no Espírito Santo**

A saúde pública no Estado do Espírito Santo, assim como em outros estados brasileiros, foi marcada por um serviço assistencial voltado para a atenção médico-hospitalar, com enfoque no processo saúde-doença. Este modelo começou a sofrer uma forte inversão a partir da adoção do PACS e PSF, estruturando assim, suas ações de consolidação no processo de municipalização, seguindo a política nacional de reorganização da APS (ESPÍRITO SANTO, 2003). Segundo Fregona,

A municipalização da saúde no Espírito Santo teve início em 1995, e em 1996 esse processo foi acelerado, particularmente nos municípios do interior, com a aprovação de uma lei de incentivo à Gestão Plena do Sistema, através da distribuição do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), chegando em 1998 com 89,74% dos municípios habilitados em alguma forma de gestão da Atenção Básica, passando a receber os recursos do PAB através do Fundo Municipal de Saúde de acordo com a NOB 01/96 (apud ZANDONADE et al., 2002; LAURETTO; MAIA, 2005).

Com base nos dados fornecidos pela SESA/ES, a autora apresenta um cenário em que, no ano de 2002, todos os 78 municípios já se encontravam com o processo de municipalização consolidado, sendo que destes 35 habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) e 43 municípios habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB). Em 1998, o PSF começou a ser implantado no ES por meio da Portaria GM/MS nº. 1886, de 18 de dezembro de 1997, a partir de 2001 o Programa passou a incorporar as equipes e Saúde Bucal.

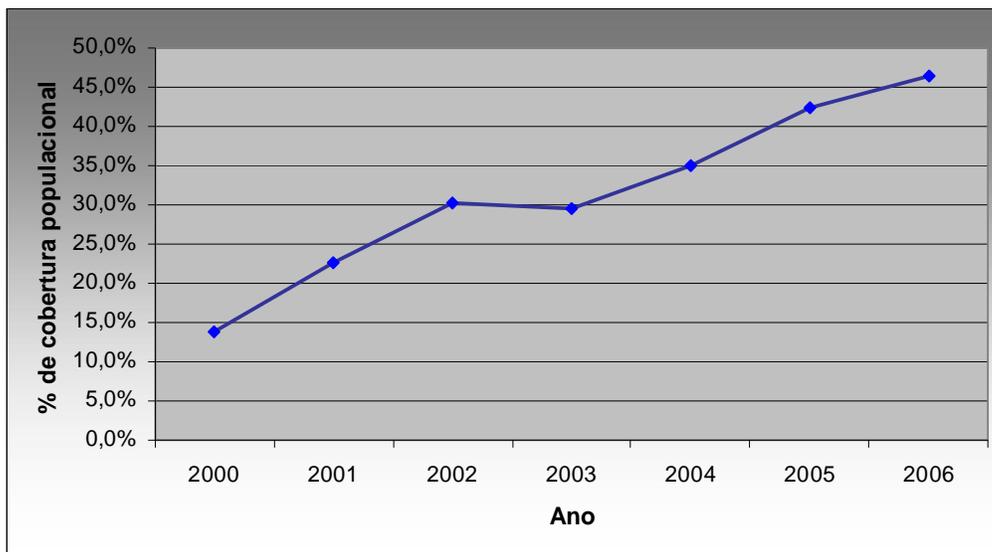
Antes mesmo que as Normas Operacionais do SUS assim o determinassem, o Estado passou por um processo de redefinição da territorialização administrativa da saúde, no ano de 1995, por força da Lei nº 5120, de 01 de dezembro de 1995, que criou a 12ª microrregião de saúde – Microrregião Sudoeste Serrana.

O processo de territorialização resultou em uma divisão administrativa, com a delimitação geográfica que foi parcialmente modificada com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), constituindo o Plano Diretor de Regionalização do Estado (PDR), contemplando três Macrorregiões de Saúde e oito Microrregiões de Saúde (Figura 4, a seguir).

Esta territorialização serviu de referência, entre outras coisas, para a organização da assistência especializada que está em grande parte sob a responsabilidade do governo do Estado, não interferindo, portanto nas ações diretas de aumento da cobertura populacional da ESF.

Nos últimos 10 anos, vem ocorrendo um grande aumento da cobertura da ESF em todo o país e, em especial, no Espírito Santo, como mostram os dados a seguir (Gráfico 1).

**Gráfico 1 Espírito Santo: Aumento da cobertura % da ESF, 2000 a 2006**



Fonte: SESA/ES

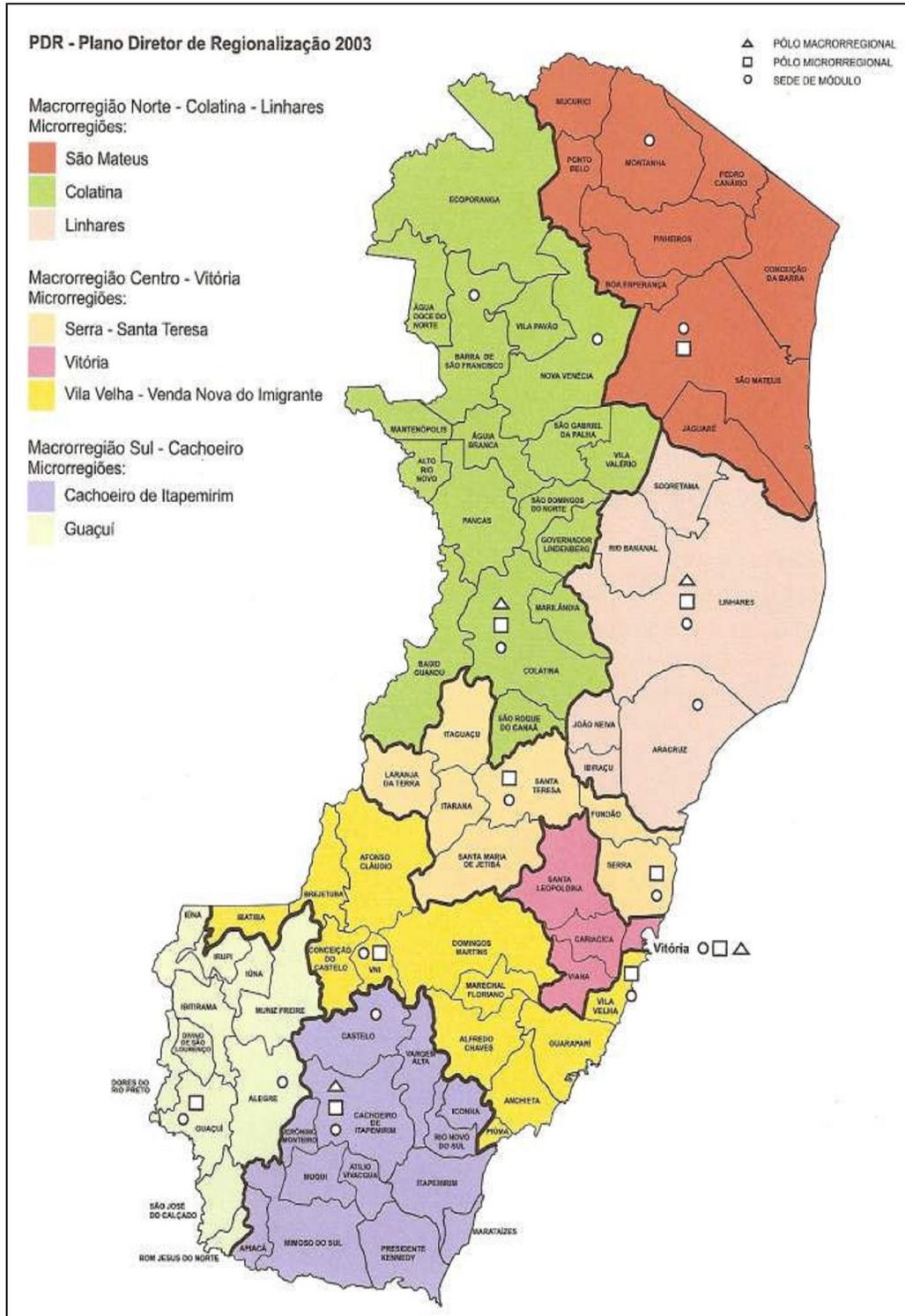
Pode-se observar que o crescimento da cobertura do PSF no Estado do ES foi constante ao longo do período de 2000 a 2006.

A estimativa da proporção da população coberta pela ESF no ES foi obtida por meio do critério de uma equipe para cada 3.450 pessoas<sup>3</sup>. O mês de dezembro de cada ano foi tomado como referência para a informação do número de equipes da Saúde da Família.

---

<sup>3</sup> Cálculo padrão adotado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Figura 4: Plano Diretor de Regionalização (PDR) / ES em 2003



Fonte: [www.saude.es.gov.br](http://www.saude.es.gov.br).

Ao mesmo tempo em que estabelecem a existência das ações e serviços de saúde e sua magnitude em determinado território ou população, os indicadores de cobertura são importantes ferramentas nos processos de intervenção (AQUINO, 2008).

A análise da evolução da cobertura populacional da ESF no ES foi particularizada por porte populacional, indicadas a seguir (Tabela 1):

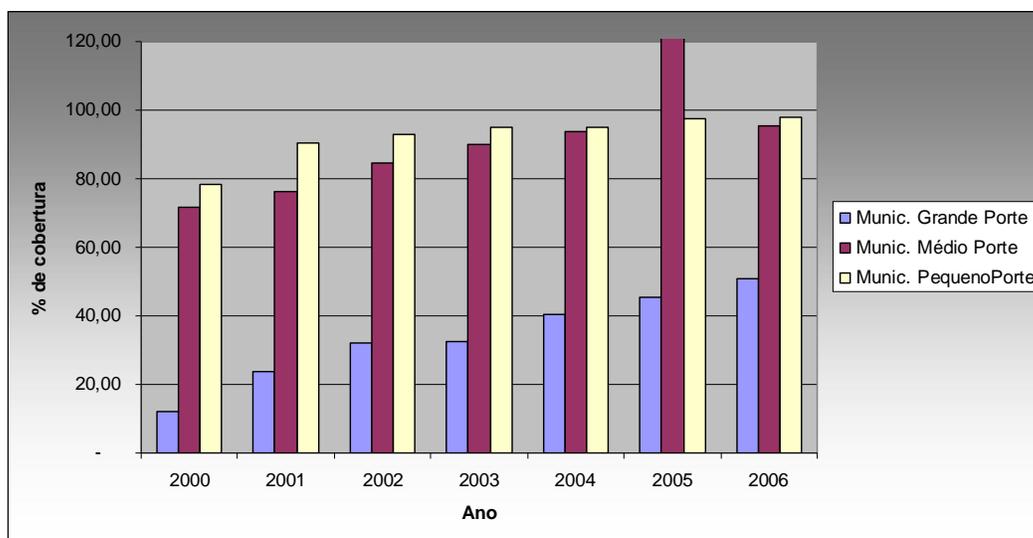
**Tabela 1: Espírito Santo, municípios por porte populacional  
- número, população estimada, população cadastrada  
e cobertura % da ESF (2006)**

Município	Nº.	Pop. estimada	Pop. cadastrada no ESF	Cobertura % da ESF (Pop. Cad. s/ Pop. Total %)
acima de 80 mil hab (grande porte)	9	2.121.890	1.078.238	50,81
entre 20 e 80 mil hab. (médio porte)	26	823.114	786.043	95,50
abaixo de 20 mil hab. (pequeno porte)	43	519.276	508.572	97,94
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>3.464.280</b>	<b>2.372.853</b>	<b>68,49</b>

Fonte: IBGE/DATASUS

Como se pode observar, a distribuição dos municípios por porte populacional mostra que há uma significativa diferença da cobertura da ESF entre os municípios de grande porte (média de 50,81%) e os municípios de menor porte, cuja cobertura é sempre superior a 90%. No entanto é possível notar ter havido um crescimento constante da cobertura da ESF, mesmo nos municípios de maior porte (Gráfico 2, a seguir).

**Gráfico 2 : Evolução da cobertura proporcional da ESF por porte populacional, 2000-2006**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados IBGE, 2002 (AMS) [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br).

O aumento da cobertura em todas as faixas de população, não levou, contudo, a maior homogeneidade da cobertura, permanecendo grandes as diferenças entre os municípios de maior e menor porte.

## **2.2 Normas e métodos de gestão financeira pública**

Considerando que esta pesquisa trata do financiamento da saúde da família, neste item são abordadas: as principais normas e práticas de gestão financeira, o modelo de financiamento do SUS e da atenção primária, em particular.

### **2.2.1 Normas orçamentárias e financeiras**

O tema finanças públicas é abordado por Mello (2005) como um conceito moderno, com sentido amplo, compreendendo a arrecadação de impostos, taxas e outros resultados financeiros, que deve ser acompanhado de ações de controle, transparência e tecnicidade compatível ao amadurecimento da sociedade e ao zelo na aplicação dos recursos públicos.

A Lei Federal nº. 4.320/1964, em vigor até hoje, é a base para a gestão das

finanças públicas no Brasil, delimitando normas gerais de elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, instituindo também, no que diz respeito ao orçamento, as previsões plurianuais e ao orçamento-programa e a exigência de elaboração do orçamento plurianual de investimentos, relativo a um período de três anos (PELLINI, acesso: 02/07/09).

A Constituição de 1988 aprimorou o modelo de gestão estabelecendo a obrigatoriedade:

- do Plano Plurianual – que estabelece as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada;
- a Lei de Diretrizes Orçamentárias – que elenca as metas e prioridades da administração, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orienta a elaboração da lei orçamentária anual;
- e a Lei Orçamentária anual – que dispõe sobre as desigualdades regionais segundo critérios populacionais.

A Lei nº. 4.320/64 estabelece ainda uma classificação funcional e programática para as despesas do poder público, com objetivo de evidenciar e controlar as despesas do governo por suas diferentes áreas (funções e subfunções), programas, ações e localizadores de gastos.

De acordo com esta classificação, a saúde é a função de governo nº. 10 e a atenção básica é a subfunção de número 301, que agregariam todas as despesas realizadas nos respectivos programas e ações, inclusive o PSF (Ministério da Saúde, 2003, p. 55).

Infelizmente, entretanto, apesar de as despesas dos governos federal, estadual e municipal serem classificadas de acordo com as subfunções, havendo, por exemplo, discriminação dos gastos específicos, como recursos humanos, manutenção, etc, de acordo com a subfunção atenção básica e com o Programa

Saúde da Família, nem sempre os municípios inserem as informações no sistema, o que impede que se tenha uma visão detalhada das despesas desses gastos.

### **2.2.2 Gestão pública por resultados**

A administração pública brasileira teve seus preceitos desenvolvidos a partir das reformas gerenciais dos países anglo-saxônicos, com foco na gestão por desempenho (CAMPOS, 2005). Segundo o autor, a necessidade de correção dos rumos da administração pública brasileira motivou a busca por mecanismos de controle e com isso, a criação de dispositivos constitucionais com foco no exercício das atribuições dos gestores públicos, abrangendo atos de todos os Poderes.

Segundo Newcomer, existem quatro tendências observadas ao mesmo tempo em todo o mundo, no que diz respeito às demandas dos cidadãos aos seus governos:

- Os gerentes públicos devem proporcionar provas dos resultados de seus programas o que é conhecido como *accountability for performance* (responsabilização pelo desempenho);
- O governo deve fazer contratos com entidades privadas ou sem fins lucrativos para a prestação de alguns serviços, o que é conhecido como terceirização ou privatização;
- O governo deve reduzir sua força de trabalho e passar a contratar um maior número de trabalhadores temporários, e, portanto, menos onerosos, dando-se a esse fato o nome de enxugamento; e,
- Deve-se atribuir aos cidadãos, também chamados de clientes, um papel mais importante na tomada de decisões governamentais, envolvendo uma gama de atividades que vai da atribuição de prioridades a objetivos governamentais á definição de regulamentações aplicáveis em empresas privadas (1999, p. 6).

A autora enfatiza que essas demandas criam expectativas que geram perguntas difíceis aos gestores e, ao mesmo tempo, afetam a alocação de recursos. Além disso, elas são irreversíveis e continuarão a avançar nas próximas décadas.

Beh (1997) apud Newcomer (1999) defende que os programas e políticas públicas

devem se mensurados, bem como os que neles atuam responsabilizados pelos resultados das ações governamentais (*accountability*). Este conceito foi sustentado sob a visão de que, os gerentes públicos deveriam melhorar a confiança do povo por meio do planejamento e da mensuração de desempenho, melhorando assim, a eficácia dos programas públicos.

Sob a égide desses conceitos e por meio da Emenda Constitucional nº 19/1998 e da Lei de responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000), gestores públicos passam a serem exigidos sobre o controle das finanças e eficácia gerencial dos programas financiados pelo governo. Esses novos princípios e normas impuseram a busca por uma gestão com ações planejadas e transparentes, mediante o cumprimento de metas e medidas de resultados, a fim de que seja possível demonstrar a viabilidade econômica das ações governamentais (BLEIL et al, acesso: 02/07/09).

Segundo Pereira (2002), o desafio da administração pública em países democráticos é o de torná-la mais eficiente e responsável, adotando-se contrariamente à administração pública democrática - burocrática baseada em procedimentos, auditorias e revisões parlamentares, uma administração moderna, onde são formados gerentes capazes de tomar decisões sob a égide do controle social.

Diversos autores defendem que a administração pública funcione orientada por resultados, de acordo com o que se denomina por “administração pública gerencial”, neste sentido Przeworski afirma que,

O sistema econômico mais racional e humanitário é aquele que depende da existência de mercados regulados para a alocação de recursos e da presença do Estado para garantir um bem-estar material básico para todos. (...) Para que as instituições democráticas suscitem adesão e se consolidem, elas precisam ser, em certa medida, justas e, além disso, eficazes (apud Correa, 2007, p. 488).

Outra estratégia, a contratação, ou como vem sendo denominada, a contratualização de resultados é apontada como uma das três principais estratégias da Nova Gestão Pública e como característica do Estado regulador em

substituição ao /estado positivo ou intervencionista (PACHECO, 2004). Segundo a autora:

O contrato de resultados (ou acordo-quadro, contrato de gestão) é um instrumento de gestão, que relaciona ministérios (ou secretarias responsáveis pela formulação de políticas públicas) e entidades a eles vinculadas, prestadoras de serviços públicos (genericamente denominadas 'agências'). Tem por objetivos promover mais flexibilidade, transparência de custos, melhor desempenho, aumento da qualidade, produtividade, eficiência e efetividade na prestação de serviços públicos. Promove um par de atributos inseparáveis, à luz das reformas gerenciais: autonomia de gestão em troca de compromisso prévio com resultados (PACHECO, 2004).

O uso de estratégias modernas na busca da eficiência e eficácia na gestão pública é de extrema relevância, tendo em vista a necessidade de que as informações financeiras e dos resultados de suas aplicações são a base das decisões gerenciais que afetam todo o funcionamento do setor público.

### **2.2.3 Acompanhamento e avaliação, a necessidade de uma contabilidade gerencial**

Segundo ARAÚJO (2004), o bom funcionamento de um sistema de gestão, quer seja ele simples ou complexo, depende de um conjunto de medidas de controle cuja função está presente em todos os níveis das organizações a fim de que elas alcancem seus fins e objetivos. Para AFONSO (1998), os sistemas de gestão das instituições têm como principais objetivos:

- Integração os processos operacionais, financeiros e estratégicos;
- Melhoramento da eficiência;
- Redução de custos e;
- Manutenção da qualidade dos serviços e produtos.

Mello (2005) afirma que a gestão pública na atualidade tem sido marcada por uma gradativa adoção de métodos e práticas típicas da administração privada, numa busca por mais eficiência e qualidade nos serviços públicos. A autora defende

ainda que, sob essa nova diretriz, o planejamento, controle e eficiência, são metas importantes a serem alcançadas e, para tanto, é indispensável que haja informações gerenciais condizentes com os objetivos pretendidos.

Existem vários sistemas de gestão que movimentam a máquina pública. Entretanto, dois deles, orçamento e contabilidade, estão presentes em todo e qualquer ato da administração pública, os mesmos são a base para a tomada de decisões econômicas e financeiras pelos administradores públicos (Mello, 2005 apud Afonso 2000, p. 1). Uma instituição que possui informações financeiras corretas torna-se mais capaz de analisar seus processos e deficiências, de planejar e, como consequência, de melhorar seu desempenho (AFONSO 1998). No caso da administração pública, como já foi visto, a avaliação cumpre um papel fundamental, pois é necessário prestar contas dos atos para a sociedade que é quem financia todas as ações e a quem estas se destinam.

Segundo Abrúcio (2007), a reforma da gestão pública brasileira enfrenta problemas estruturais. Profissionalizar, desburocratizar, avaliar constantemente metas e resultados diminuiriam as interferências políticas sobre as verbas públicas, no entanto, afirma o autor, somente por força de uma conscientização da sociedade será possível uma atuação efetiva sobre os efeitos negativos do nosso “patrimonialismo profundo”.

Alonso (1999) afirma que os dados financeiros disponíveis nos sistemas de informação do governo são insuficientes para adoção de análises gerenciais. Segundo o autor, com base nas informações disponíveis “o governo não sabe em que medida cada tipo de despesa contribui para os resultados obtidos como também ele não sabe quais atividades agregam valor ao resultado final das ações de governo”. Em resumo, o governo desconhece uma série de análises financeiras importantes para mensuração de seus resultados. Isso porque o modelo de gestão do setor público ainda prioriza o controle dos recursos e dos procedimentos formais, e não os resultados.

No que diz respeito às informações de despesas com a saúde como um todo, o que inclui a AB e mais especificamente com a ESF, faltam indicações de

despesas, o que dificulta o acompanhamento dos resultados e mensuração de estimativas necessárias ao aprimoramento das ações. O controle efetivo das finanças de uma organização, seja ela pública ou privada, só é possível por meio de uma contabilidade gerencial alimentada por padrões estabelecidos no planejamento (BLEIL et al, acesso: 02/07/09).

## **2.3 O Modelo de Financiamento do SUS**

Uma das questões mais difíceis na implantação do SUS está relacionada ao seu financiamento (SERRA E RODRIGUES, 2007), sendo que esta dificuldade está diretamente ligada às formas de financiamento estabelecidas pelo MS e por meio das quais, desde a década de 1990, estados e municípios acessam os recursos federais (FAVERET, 2003).

A escassez é, por definição, uma característica inerente aos recursos em qualquer campo da atividade humana. Embora a magnitude da escassez possa variar no tempo e entre setores, jamais haverá suficiência de meios materiais para satisfazer integralmente a todas as necessidades, de vez que as aspirações humanas são crescentes e ilimitadas. (CONASS, 2007 p.38).

Para Mansur (2001), no processo de descentralização, os municípios tiveram suas responsabilidades ampliadas no financiamento das ações de saúde, no entanto, ainda mantêm uma relação de dependência quanto aos recursos federais.

### **2.3.1 Principais normas**

Desde sua regulamentação em 1990, um dos principais desafios enfrentados no SUS, o financiamento das ações e serviços de saúde, tem sido considerado como insuficiente em relação às necessidades da população (VIANA e POZ, 1998). Segundo Serra e Rodrigues (2008), as dificuldades do financiamento da saúde estão diretamente relacionadas aos fatos políticos, econômicos e sociais ocorridos no país ao longo dos anos, o que justifica, para um maior entendimento da questão, que se discorra um breve histórico do financiamento do SUS.

Em 1990 o Brasil atravessava um período de incertezas em sua política

econômica, que explicam as dificuldades do financiamento, tais incertezas segundo Levicovitz estariam principalmente relacionadas a:

- A herança de um modelo de seguro social (INPS/INAMPS);
- A política neoliberal iniciada nos anos 90;
- O endividamento público e os diversos planos econômicos voltados para o seu enfrentamento; e
- A crise financeira da Previdência Social, entre outros (1997, p. 144).

Foi nesta situação, portanto, que o SUS começou a ser implantado, assim como as regras do seu financiamento. A Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS) teve oito dos seus dispositivos sobre o financiamento vetados pelo então Presidente Fernando Collor de Mello, sendo três deles sobre fontes de recursos e cinco sobre gestão financeira. Os principais dispositivos válidos diziam respeito a:

- a) Origem dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (art. 31);
- b) Fontes dos recursos (art. 32);
- c) Necessidade de conta especial para o depósito dos recursos transferidos (art. 33);
- d) Administração no nível federal dos recursos através do Fundo Nacional de Saúde (FNS) (art. 33, § 1º);
- e) Acompanhamento pelo MS dos recursos transferidos a estados e municípios (art. 33, § 4º);
- f) Transferência automática ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) dos recursos federais (art. 34);
- g) Critérios para o estabelecimento dos valores a serem transferidos pelo FNS para estados, municípios e Distrito Federal, (art 35).

É importante destacar que dos sete critérios definidos pelo art. 35 da LOS, o mais importante é o demográfico, que responde por “metade dos recursos destinados a Estados e Municípios” (§ 1º). Até hoje, entretanto, a transferência dos recursos não obedece plenamente os critérios estabelecidos pela LOS, o que favorece “os estados e municípios com maior capacidade instalada” (FAVERET, 2002, p. 88)

Como foram vetados vários dispositivos da LOS, mobilizações políticas levaram à aprovação da Lei nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que em relação ao financiamento dispõe fundamentalmente sobre os critérios de transferência de recursos entre os governos (arts. 3º e 4º). Deve-se chamar a atenção para o fato de que esta Lei autorizou o MS, “mediante portaria do Ministro de Estado, [...] a estabelecer condições para aplicação” da mesma (art. 5º), de fato, a quase totalidade das normas financeiras do Sistema passou a ser feita por portaria, desde então.

Uma das primeiras regras de financiamento baixada por portaria do Ministro foi a Norma Operacional Básica n.º 01/91(NOB 01/91), que previa “a destinação de recursos para investimento no reequipamento e ampliação de unidades assistenciais existentes, pelo mecanismo convencional [sic], e o repasse de recursos a estados e municípios condicionados à produção” (LEVCOVITZ et al, 2001, p.274-275). Esta Norma estendeu para todo o SUS o critério de repasse de recursos que existia no Instituto Nacional de Saúde e Previdência Social (INAMPS) para as unidades privadas contratadas pelo mesmo, contrariando, portanto, o previsto na LOS. Um conceito introduzido por esta NOB foi o dos tetos financeiros (limites) para a distribuição dos valores respectivos (SERRA e RODRIGUES, 2008).

Em 1993, outra Norma Operacional Básica (NOB n.º 01/93), definiu bases para a descentralização do Sistema, introduzindo condições de habilitação dos estados e municípios à gestão do SUS (incipiente parcial e semiplena). A idéia era a de conceder maior a autonomia para administrar os recursos, à medida que os estados e municípios avançavam na condição de habilitação.

A última NOB importante foi a de nº. 01/96, que alterou os critérios de habilitação

à gestão do SUS (gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema) e criou a Programação Pactuada Integrada (PPI), mecanismo de pactuação da distribuição dos recursos transferidos pela União aos estados e municípios. Esta PPI é feita pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), na esfera federal, e em cada unidade federada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Para cada uma destas modalidades foram previstos repasses e transferências de recursos federais, divididos entre assistência ambulatorial, hospitalar, ações de vigilância sanitária e ações de epidemiologia e controle de doenças, além de exigir dos municípios a criação de um Fundo Municipal de Saúde e de um Conselho Municipal de Saúde, permitindo maior autonomia e responsabilidade ao gestor (FREGONA, 2007).

Segundo Serra e Rodrigues (2008), esta NOB procurou dar um passo no sentido do cumprimento dos critérios de respeito ao perfil demográfico definidos pela LOS para o repasse de recursos, por meio do Piso da Atenção Básica (PAB), recurso transferido com base na população para o financiamento da atenção básica.

De acordo com o que informa o MS (2007), o PAB possui dois componentes, um fixo (PAB fixo) e um variável (PAB variável). O PAB fixo, inicialmente variando de R\$ 10,00 (dez reais) a R\$ 18,00 (dezoito reais) per capita/ano, é enviado ao município por repasse do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS) (repasso “fundo a fundo”). O PAB variável funciona como um incentivo à implantação de equipes de PACS e PSF. De acordo com a Portaria nº. 157 de 19/02/1998, o PAB variável possui previsão inicial de até R\$ 21.000,00 (vinte um mil reais) por ano para cada equipe instalada de PSF, e para os municípios com PACS um valor de R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) por ano por agente comunitário de saúde.

Segundo Fregona (2007), em todo o país e em especial nos municípios do Espírito Santo, o PAB influenciou fortemente a expansão das equipes de PSF e ACS, principalmente nos municípios de menor porte populacional.

A NOB nº. 01/96 retomou a idéia dos tetos financeiros de assistência do estado e dos municípios (TFAE e TFAM) colocados pela NOB nº. 01/01, estabelecendo que

os mesmos fossem transferidos entre os fundos de forma automática, a partir da negociação feita nas PPIs. Tais tetos são calculados com base nas séries históricas de produção das redes de ações e serviços de saúde do SUS de cada Estado e Município, o que contraria o disposto no artigo 35 da LOS.

O financiamento dos procedimentos de alta complexidade também foi objeto da NOB 01/96, sendo mais tarde afetado pela criação do Fundo de Ações Estratégicas e Compensatórias (FAEC), criado pela Portaria GM/MS n.º 531/1999, que visava ampliar a oferta de ações e serviços de média e alta complexidade, por meio do aumento dos recursos de financiamento dos mesmos. Os recursos do FAEC são alocados diretamente nos FMS dos municípios em gestão plena e o restante dos recursos atribuídos ao estado, sendo geridos pelo Fundo Estadual de Saúde, para repasse aos demais municípios através do mecanismo de produção de serviços, conforme os tetos financeiros definidos na PPI.

A análise das NOBs conduz à constatação de que, de fato, os recursos foram sendo transferidos de modo cada vez mais automático e regular. Contudo, as condicionalidades estabelecidas para a habilitação de estados e municípios não diminuíram, ao contrário, o MS estabelece exigências extremamente detalhadas para os demais entes federados poderem ter acesso aos recursos federais. O contexto em que tais normas foram se desenvolvendo foi muito difícil, entretanto, em função da instabilidade das fontes de recursos do SUS, iniciada em 1993 a qual se mantém ainda hoje, como é sumarizado a seguir.

### **2.3.2 Instabilidade das fontes de recursos do SUS**

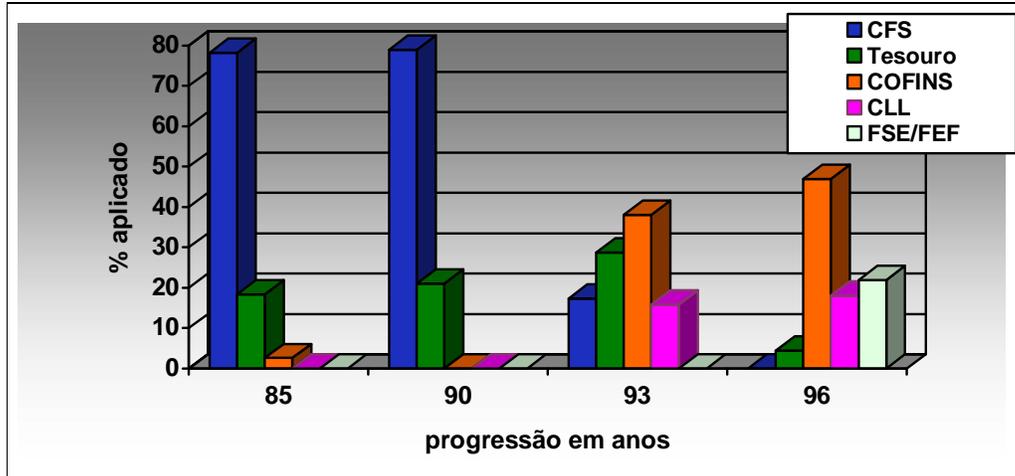
Segundo Mansur (1990), o financiamento federal da saúde tem sido historicamente instável e os montantes destinados ao setor sofrido oscilações.

Ugá, M.A. et al. (2003, p.418), afirmam que um dos maiores desafios da implantação do SUS tem sido a questão do seu financiamento, tendo em vista ser a escassez de recursos um problema permanente, especialmente no que diz respeito à participação federal.

Nos primeiros meses de 1993, o agravamento da crise da Previdência Social levou

à interrupção do repasse dos recursos desta para o SUS, iniciando um período de instabilidade financeira que dura até os nossos dias. Observa-se no gráfico 3, a seguir, o impacto desta medida do Ministério da Previdência tomada em 1993, sobre as fontes de financiamento do SUS.

**Gráfico 3: Fontes<sup>4</sup> de financiamento do SUS – 1985-1996**



Fonte: LEVCOVTIZ, 1997 (apud Serra e Rodrigues, 2008)

Observa-se com base no gráfico acima que, a Contribuição sobre a Folha de Salários (CFS), principal fonte de financiamento da Seguridade social era a principal fonte de recursos do SUS até 1993, quando foi interrompida. A partir daí o SUS passou a depender de uma série de fontes provisórias, inclusive a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), resultado de luta liderada pelo ex-ministro da Saúde Adib Jatene.

A aprovação da EC 29 de 13 de setembro de 2000 (EC 29/00), vem assegurando recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, vinculados aos orçamentos da União, estados e municípios. No ano base de vigência da EC 29/00 estados e municípios deveriam investir, igualmente, 7% de recursos próprios em ações e serviços de saúde. A partir de 2000 esses valores deveriam crescer à razão de um quinto ao ano, até chegar em 2004 com o

<sup>4</sup> CFS (Contribuição sobre Folha de Salário); COFINS (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social); CLL (Contribuição sobre o Lucro Líquido); FSE/FEF (Fundo Social de Emergência/Fundo de Estabilização Fiscal).

percentual de 12 e 15% respectivamente. Para a União os cálculos para o cumprimento da EC 29/00 são feitos em relação ao crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), corrigido pela variação anual da inflação. A estabilidade das fontes de recursos do SUS não foi alcançada, entretanto, pelo fato da Emenda ainda não ter sido regulamentada.

Em 08 de abril de 2008, finalmente foi aprovado pelo Senado da República do Brasil uma proposta de regulamentação da EC-29/00, em consequência do projeto do Senador Roberto Gouveia, um dos projetos que já tramitavam no Congresso há aproximadamente 4 anos. Trata-se do projeto do Senador Tião Viana, médico sanitariano do Acre, relatado pelo Senador Augusto Botelho, também médico de Roraima. O projeto aprovado garante para a saúde em 2008 mais onze bilhões de reais. O parâmetro aprovado foi de 10% da receita corrente bruta da União para a saúde, sendo escalonado em 8,5% em 2008, 9% em 2009, 9,5% em 2010 e 10% em 2011. Esta decisão trará 24% a mais do que os recursos federais hoje destinados à saúde. O Projeto ainda deverá ser submetido à Câmara Federal para ser definitivamente aprovado (CARVALHO, 2008).

### **2.3.3 Novas regras propostas pelo Pacto pela Saúde**

Desde 2006, o MS vem propondo o estabelecimento do Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº. 399 de 22 de fevereiro de 2006), integrado pelos seguintes subpactos: pela Vida; em Defesa do SUS; e de Gestão. O Pacto pretende que sejam assinados Termos de Compromisso de Gestão no SUS, na linha da administração por resultados, entre o MS e as secretarias estaduais e entre estas e as municipais. O Pacto também pretende mudar a forma de financiamento do SUS, substituindo diversas modalidades de transferências de recursos por apenas cinco blocos: Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Atenção Básica (PAB fixo e PAB variável); Vigilância em Saúde (inclui recursos do atual PAB variável); Assistência Farmacêutica (inclui recursos do atual PAB variável); e Gestão do SUS (planejamento, regulação, controle e avaliação). Em maio de 2008, o Pacto ainda se encontra em processo de negociação, apenas uma parte das secretarias estaduais e municipais de saúde havia firmado termos

de compromisso (RODRIGUES e SANTOS, no prelo).

#### **2.3.4 A participação das esferas de governo no financiamento**

O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo (Constituição Federal, art. 198, parágrafo único), cada uma delas devendo assegurar o aporte regular de recursos, ao respectivo fundo de saúde. Conforme determina o Artigo 194 da Constituição Federal de 1.988, a Saúde integra a Seguridade Social, juntamente com a Previdência e a Assistência Social. O inciso VI do parágrafo único desse mesmo artigo determina que a Seguridade Social seja organizada pelo poder público, observada a “diversidade da base de financiamento”.

Já o Artigo 195 determina que a Seguridade Social seja financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, e de contribuições sociais. As principais fontes específicas da Seguridade Social incidem sobre a Folha de Salários (CFS), sobre o faturamento (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS) e sobre o Lucro Líquido (CLL). Até 1992, todas essas fontes integravam o orçamento do Ministério da Saúde e ainda havia aporte significativo de fontes fiscais (receita de impostos e taxas). A partir de 1993, deixou de ser repassada ao MS a parcela da CFS, arrecadada pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Atualmente, as fontes que asseguram o maior aporte de recursos ao MS são a Contribuição sobre o Faturamento - COFINS e a Contribuição sobre o Lucro Líquido, sendo que os aportes provenientes de Fontes Fiscais são destinados praticamente à cobertura de despesas com Pessoal e Encargos Sociais. Dentro das contribuições sociais na esfera federal, uma fonte específica funcionou em caráter provisório até o final de 2007 – a CPMF.

Nas esferas estadual e municipal, além dos recursos oriundos do respectivo Tesouro, o financiamento do SUS conta com recursos transferidos pela União. Esses recursos devem ser previstos no orçamento e identificados nos fundos de saúde estadual e municipal como receita operacional proveniente da esfera

federal e ou estadual e utilizados na execução de ações previstas nos respectivos planos de saúde e na PPI. As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes.

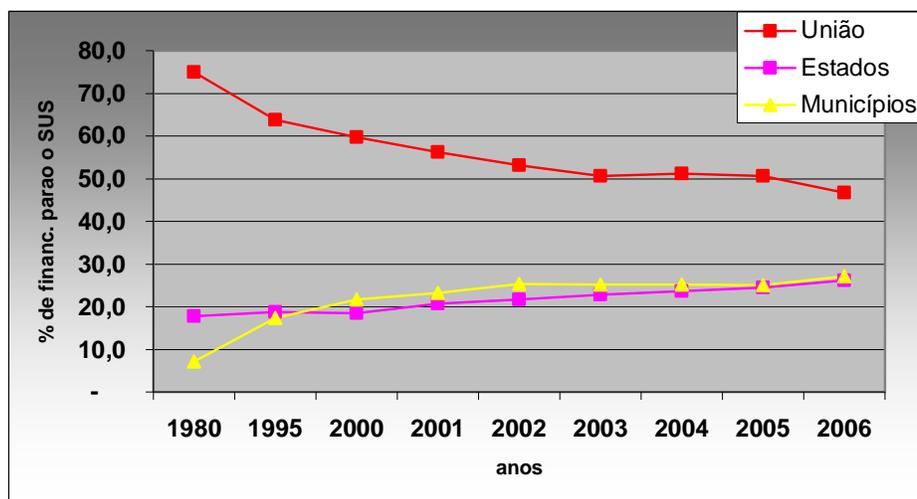
Uma questão fundamental, é que a proporção os recursos federais no financiamento do Sistema vem caindo de forma constante. Os dados da tabela 2 e do Gráfico 4, a seguir, apresentam a evolução da participação das três esferas de governo no financiamento do SUS.

**Tabela 2: Participação proporcional das esferas de governo no financiamento do SUS, 1980-2006**

<b>Ano</b>	<b>União (%)</b>	<b>Estados (%)</b>	<b>Municípios (%)</b>
1980	75,0	17,8	7,2
1995	63,8	18,8	17,4
2000	59,7	18,5	21,7
2001	56,2	20,7	23,2
2002	53,1	21,6	25,3
2003	50,7	22,8	25,2
2004	51,1	23,6	25,2
2005	50,6	24,5	25,0
2006	46,7	26,1	27,2

Fonte: CONASEMS, 2007

**Gráfico 4: Participação proporcional das esferas de governo no financiamento do SUS, 1980-2006**

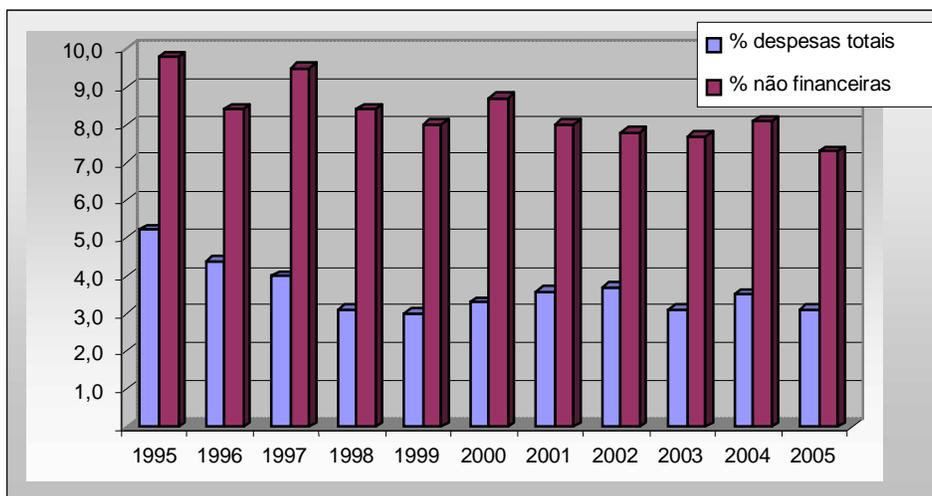


Fonte: Carvalho, 2006

Como se pode ver nos dados apresentados, houve, ao longo dos anos, uma nítida inversão entre o peso do Governo Federal, de um lado, e o dos governos estaduais e municipais, de outro. Em 1980, o Governo Federal era responsável por praticamente 75% do financiamento do SUS, em 2000, esta proporção caíra para menos de 60%, chegando a pouco mais de 46% em 2006. São duas as implicações disto: a) maior responsabilidade das esferas estadual e municipal no financiamento; e b) menor significado dos recursos federais no financiamento das ações e serviços de saúde desenvolvidos pelos estados e municípios. Como praticamente os únicos recursos transferidos para o financiamento de ações ambulatoriais e hospitalares são federais (SIH e SIA), as unidades geridas por estados e municípios são crescentemente financiadas por estes entes. No caso dos municípios de maior porte, que dispõem de serviços de referência, isto vem tornando cada dia mais difícil arcar com os custos dos pacientes transferidos de outros municípios.

Observa-se ainda uma tendência de queda dos gastos federais com o SUS, proporcionalmente às despesas totais e despesas totais não financeiras, ver Gráfico 5, a seguir.

**Gráfico 5: Evolução das despesas federais com o SUS: como % das despesas totais e das despesas não financeiras (1995/ 2005)**



Fonte: IPEA/apud Datasus

Em ambos os critérios há uma visível redução da participação do SUS nos gastos federais. Segundo Piola (2006):

No tocante à sua evolução, nos últimos anos houve um aumento do gasto público. Mas o destaque é para a evolução do gasto público estadual e municipal. Mesmo com a Emenda Constitucional 29, o gasto federal apenas se manteve. E o que houve de aumento, de recurso novo, de aumento de recursos para o SUS, ou para o sistema público universal, foi o que veio da arrecadação própria de estados e municípios. Hoje, a participação das três esferas de Governo no financiamento SUS, União, com 50% dos recursos, estados e Tendências do financiamento da Saúde (2006, p. 12).

Como resultado dessas duas tendências – redução da participação da União e redução da proporção dos gastos com o SUS nos gastos federais – verifica-se o aumento da sobrecarga financeira dos estados e dos municípios com o financiamento do SUS.

## **2.4 O financiamento da atenção primária**

A questão do financiamento da APS impõe a necessidade de propostas de revisão dos valores repassados pelo governo federal que orientem uma alocação de recursos mais eqüitativa e que considerem as desigualdades na distribuição

geográfica da oferta dos serviços de saúde (FREGONA, 2007).

A autora enfatiza que vários instrumentos legais foram editados com finalidade de reajustar valores para o financiamento deste nível de atenção. Dentre eles a Portaria nº 648/GM de 28/03/06, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PACS e o PSF, e redefiniu valores para o repasse de recursos aos municípios (BRASIL, 2006b). “Outro importante instrumento é o já citado Pacto da Atenção Básica”, instituído pela Portaria nº 3.925 de 13/11/1998 e, mais recentemente, o Projeto de Extensão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), criado pelo Ministério da Saúde.

O PROESF, cujo objetivo é favorecer a implantação, consolidação e qualificação da ESF, nos municípios acima de 100 mil habitantes, é apoiado pelo Banco Mundial e possui três componentes básicos:

- apoio à conversão do modelo de atenção básica à saúde;
- desenvolvimento de recursos humanos e;
- monitoramento e avaliação, sendo este um importante incentivo ao processo de qualificação das equipes de Saúde da Família (FREGONA, 2007)

O PROESF preocupa-se, portanto com outro aspecto da ESF que é o do desenvolvimento e avaliação incentivando a melhoria da qualidade dos serviços prestados,

No ES todas as unidades de média e alta complexidade do SUS estão sob a gestão da SES, mas seu financiamento é feito pelos três entes federados. Segundo uma das servidoras da SESA/ES entrevistadas, a partir de 1999, os municípios passaram gradativamente a participar do financiamento das ações de média e alta complexidade, por meio de consórcios. Todos os procedimentos realizados pelas unidades públicas e privadas do Sistema são pactuados previamente na PPI e há transferência de recursos para o seu financiamento,

inclusive transferência dos municípios, que é feita diretamente para o órgão executor.

Dados do Ministério da Saúde demonstram que “as contribuições sociais têm sido, de longe, o grupo hegemônico de fontes no financiamento do MS” conforme mostra a tabela 3 seguir.

**Tabela 3: Ministério da Saúde, gastos com os diferentes níveis de atenção do SUS, 1996 a 2004 (valores em R\$)**

Itens	1996	1998	2000	2002	2004	Varição 2004/1996 (%)
Média e Alta complexidade	12.573	12.915	15.351	15.954	16.893	34,4
Atenção Básica	2.427	3.783	4.656	5.525	6.409	164,1
Outros	8.271	9.214	10.810	10.847	11.648	40,8
<b>Total</b>	<b>23.270</b>	<b>25.913</b>	<b>30.817</b>	<b>32.326</b>	<b>34.950</b>	<b>50,2</b>

Fonte: MS/SE/SPO em apud CONASS (2007)

É possível observar com base na tabela anterior, que os gastos com a APS quase triplicaram ao longo do período de 1996 a 2004 (um aumento de 164,1%) e que somente estes gastos tiveram crescimento ininterrupto, demonstrando a importância dada pelo governo federal a este nível de atenção, neste período.

**Tabela 4: Ministério da Saúde, gastos com os diferentes níveis de atenção do SUS, 1996 a 2004 (%)**

Itens	1996	1998	2000	2002	2004
Média e Alta complexidade	54,0	49,8	49,8	49,4	48,3
Atenção Básica	10,4	14,6	15,1	17,1	18,3
Outros	35,5	35,6	35,1	33,6	33,3
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: MS/SE/SPO em apud CONASS (2007)

Na análise das tabelas 5 e 6 a seguir, é importante que se atente para o

crescimento total dos gastos no período (464,3%) e principalmente do aumento do PAB variável (2.637,2%), isto reflete o pagamento dos incentivos para o funcionamento de equipes do PACS e do PSF, mais uma vez demonstrando o interesse do governo no crescimento da AB.

**Tabela 5: Composição dos gastos com atenção básica do MS 1996-2004**

TIPO DE GASTO	Valores absolutos				
	1996	1998	2000	2002	2004
<b>Total</b>	<b>1.294</b>	<b>2.226</b>	<b>3.075</b>	<b>4.228</b>	<b>5.997</b>
PAB Fixo	1.146	1.722	1.726	1.864	2.094
PAB Variável	148	504	1.349	2.364	3.903
Composição do PAB variável					
Epidemiologia e Controle de Doenças	-	124	338	552	641
Farmácia Básica	-	45	164	166	186
Ações BásicasVigilância Sanitária	5	50	39	75	83
PACS / PSF	1.111	226	656	1.318	2.163
Bolsa Alim./Comb. Carências Nutr.	32	59	152	254	830

Fonte: MS/SE/SPO, apud CONASS, 2007.

**Tabela 6: Distribuição percentual da composição dos gastos com atenção básica do MS 1996-2004**

TIPO DE GASTO	Distribuição percentual				
	1996	1998	2000	2002	2004
PAB Fixo	88,56	77,36	56,13	44,09	34,92
PAB Variável	11,44	22,64	43,87	55,91	65,08
Composição do PAB variável					
Epidemiologia e Controle de Doenças	-	5,57	10,99	13,06	10,69
Farmácia Básica	-	2,02	5,33	3,93	3,1
Ações BásicasVigilância Sanitária	0,39	2,25	1,27	1,77	1,38
PACS / PSF	8,58	10,15	21,33	31,17	36,07
Bolsa Alim./Comb. Carências Nutr.	2,47	2,65	4,94	6,01	13,84

Fonte: MS/SE/SPO, apud CONASS, 2007.

É interessante que seja observado também, o significativo crescimento do gasto com o Programa Bolsa Alimentação, que tem sido alvo de polêmicas quanto sua inserção como despesa de saúde.

Os dados da tabela 7 abaixo, demonstram, a partir de cálculos estimados da despesa com o SF, que mesmo os municípios de menor porte, que possuem cobertura da Estratégia de praticamente 100%, têm aplicado um percentual muito maior que o estabelecido pela EC 29/00. Igualmente, nos municípios de maior porte populacional, apesar de possuírem uma cobertura média de 57%, também aplicam recursos próprios além do preconizado.

**Tabela 7: Municípios do ES, % de cobertura SF, Despesas estimada com SF/despesa total com saúde, % de transferências SUS/despesas totais com saúde, % de recursos próprios aplicados em saúde**

Municípios	% cobert. SF	Desp Est. PSF s/ Desp. Total	% transf.s SUS/desp. total com saúde (06)	% rec. prop. no financ. SUS
<b>6 menores</b>				
Divino de São Lourenço	88,9	25,9	26,6	73,4
Alto Rio Novo	118,2	36,7	41,1	58,9
Dores do Rio Preto	93,2	31,1	23,0	77,0
Apiacá	91,6	29,8	65,7	34,3
São José do Calçado	94,6	29,4	52,3	47,7
São Roque do Canaã	98,4	29,1	29,1	70,9
<b>Média menores</b>	<b>97,5</b>	<b>30,3</b>	<b>39,6</b>	<b>60,4</b>
<b>6 maiores</b>				
Linhares	100,6	26,0	37,2	62,8
Cachoeiro de Itapemirim	72,5	62,2	37,9	62,2
Vitória	76,8	16,5	20,0	80,0
Cariacica	39,9	48,3	37,0	63,0
Serra	25,1	13,4	26,1	73,9
Vila Velha	25,6	20,7	29,4*	70,6
<b>Média maiores</b>	<b>56,7</b>	<b>31,2</b>	<b>26,4</b>	<b>73,6</b>

Elaboração própria a partir das seguintes fontes: SIAB; SIOPS; SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde (ww.datasus.gov.br) \* Dados de 2005.

É possível ainda observar uma diminuição oscilante no percentual de transferências do SUS sobre as despesas totais com saúde, acentuando o papel municipal de financiamento.

### **3. OBJETIVOS E MÉTODOS**

#### **3.1 Objetivos**

À luz das considerações postas, de maneira a permitir que essa pesquisa tivesse a melhor fundamentação possível, os objetivos foram definidos em âmbito geral e específico.

A questão maior que norteou o desenvolvimento deste estudo consiste na investigação do cenário do financiamento da ESF nos municípios do estado do Espírito Santo. Para tanto se objetivou:

##### **3.1.1 Objetivo geral**

Analisar o financiamento das ações da ESF nos municípios do Espírito Santo, no período de 2004 a 2006.

##### **3.1.2 Objetivos Específicos**

- Analisar a evolução das receitas (transferências federais e dos recursos próprios municipais) no financiamento da atenção primária, especialmente da ESF;
- Analisar a proporção das despesas com a ESF no total das despesas com saúde;
- Investigar as razões para a menor cobertura da ESF nos municípios de maior porte populacional do ES.

#### **3.2 Métodos e procedimentos**

##### **3.2.1 Natureza do Estudo**

Este estudo consiste em uma investigação exploratória de caráter quantitativo sobre o financiamento da Estratégia Saúde da Família no Estado do Espírito

Santo. Vergara (2004) afirma que a pesquisa exploratória é realizada em área na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado. Já Marconi e Lakatos (1999) definem pesquisa exploratória como aquelas investigações que têm como objetivo a formulação de questões ou de um problema.

Outra consideração apresentada sobre a pesquisa quantitativa é dada por Bignardi (2003). Segundo o autor, esse tipo de pesquisa “aplica-se à dimensão mensurável da realidade” (2003, p. 2) e seus resultados auxiliam o planejamento de ações coletivas e produzem resultados passíveis de generalização, principalmente quando as populações pesquisadas representam com fidelidade o coletivo.

O presente estudo será feito com base em fontes secundárias<sup>5</sup>, especialmente os dados do Sistema Integrado de Orçamentos Públicos em Saúde<sup>6</sup> (SIOPS), disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

### **3.2.2 Delimitação da Amostra**

Foram estudados todos os 78 municípios do Espírito Santo. Para melhor entendimento do universo desta análise e seu grau de representatividade, fez-se necessário uma caracterização geral do Estado do Espírito Santo que, por julgamento e conveniência foi selecionada a partir dos seguintes parâmetros:

- O ES está localizado na Região Sudeste do Brasil, juntamente com os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. É o menos desenvolvido e o que apresenta menor população, estimada em 2006 de 3.464.280 habitantes (DATASUS/ IBGE) possuindo 78 municípios, tendo a Ilha de Vitória como sua capital (ver anexo 1).
- O Estado dispõe de uma área territorial de 45.733 Km<sup>2</sup>, distribuída por setenta e oito municípios, conforme já citado, com uma população urbana

---

<sup>5</sup> Dados secundários “são aqueles que já foram coletados, tabulados, ordenados e, às vezes, até analisados e que estão à disposição dos interessados” (Mattar 2001, p. 48).

<sup>6</sup> O SIOPS reúne informações sobre o financiamento e o gasto com saúde pública dos municípios, estados e União, constituindo-se em banco de dados único no âmbito das políticas sociais no Brasil (TEIXEIRA, 2003)

que representa 73% dos habitantes do Estado e densidade demográfica de 72,7 habitantes por quilômetro quadrado (IJSN, 2008).

- O Espírito Santo é um estado relativamente pequeno em comparação aos demais estados da Região sudeste, tornando a pesquisa factível. Segue, o mapa que delimita todos os municípios do estado (figura 5):



### 3.2.3 Coleta e análise de dados

Considerando as limitações do referencial teórico do tema, a pesquisa teve como base inicial a avaliação dos dados disponíveis no Sistema de Informação do SUS e outras fontes tais como IBGE.

Optou-se pelo estudo do período de 2004 a 2006 no estado do Espírito Santo, tendo como menor unidade de análise cada um dos municípios do mesmo.

A estimativa da população coberta pelo PSF foi obtida por meio do critério de uma equipe para cada 3.450 pessoas (cálculo padrão adotado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde - DAB). O mês tomado como referência para a informação do número de equipes de SF foi dezembro de cada ano.

#### Procedimentos utilizados para estimar a proporção da população coberta pelo PSF

Calculou-se a média ponderada das proporções das coberturas municipais considerando a população de cada município.

Método de cálculo da proporção da população coberta pelo PSF, por município:

$$\frac{\text{População coberta pelo PSF}}{\text{População total do município}} \times 100$$

Optou-se por analisar os dados dos municípios segundo o porte populacional, pois supostamente, o tamanho de suas populações tem uma estreita relação com os indicadores que influenciam o gerenciamento dos programas públicos.

O agrupamento por faixa populacional gerou três unidades ecológicas, denominadas: grande porte (acima de 80 mil habitantes), médio porte (entre 20 e 80 mil habitantes) e pequeno porte (abaixo de 20 mil habitantes). Em seguida, foi calculado o percentual de cobertura do PSF por faixa de população:

Procedimentos utilizados para cálculo da proporção da população coberta pelo PSF, por faixa populacional

População coberta pelo PSF em cada faixa	x 100
População total de cada faixa	

Os dados referentes ao número de equipes de ESF foram obtidos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), enquanto os dados populacionais foram pesquisados nos censos demográficos disponibilizados pelo IBGE e IJSN, alguns disponíveis também na página do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

A fonte utilizada para a obtenção das despesas com a saúde nos municípios foi originada dos relatórios disponíveis no sistema em relação aos municípios (ver <http://siops.datasus.gov.br>), enquanto que as informações dos percentuais de transferências governamentais dos municípios e sua participação na despesa total com saúde foram os cadernos de saúde pública de cada município.

Para a análise dos dados, foi utilizado o programa estatístico EXCELL da Microsoft®. Os dados coletados e analisados são apresentados abaixo, de acordo com:

- Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal:
  - ✓ Despesa total com saúde (IV) – despesas liquidadas;
  - ✓ Total das despesas próprias com saúde (V) – despesas liquidadas;
  - ✓ Despesa com atenção básica (despesa com saúde por subfunção);
  - ✓ Despesa com Assistência Hospitalar e Ambulatorial (despesa com saúde por subfunção);
  - ✓ Despesa com outras subfunções de saúde (diferença entre a despesa com atenção básica e a despesa total com saúde (IV));
- Indicadores – Municípios:

- ✓ Participação da receita de impostos na receita total do Município;
- ✓ Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município;
- ✓ Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município;
- ✓ Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município;
- ✓ Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município;
- ✓ Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município;
- ✓ Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante;
- ✓ Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde; e
- ✓ Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000.

Não foram considerados os dados relativos a despesas por tipo de procedimento, uma vez que os mesmos dizem respeito apenas aos recursos federais distribuídos para os municípios.

#### Procedimentos utilizados para estimar a proporção dos gastos com o PSF

O gasto mensal médio por equipe de PSF foi estimado, uma vez que cada município assume um valor diferenciado para pagamento de suas equipes. Desse modo, a estimativa foi calculada considerando os valores médios por faixa em cada ano (2004 a 2006), da seguinte maneira:

Despesa total por equipe em cada faixa	÷ 12
Estimativa do nº de equipes em cada faixa	

Com base nesse cálculo, chegou-se aos seguintes valores para cada uma das faixas populacionais (Tabela 8):

**Tabela 8: Valor estimado para despesa mensal com equipe PSF (R\$) no período de 2004 a 2006**

Ano	2004	2005	2006
valor estimado para despesa mensas com equipe PSF (R\$)	R\$ 26.687,07	R\$ 33.348,86	R\$ 37.617,26

Fonte: Elaboração própria

Em seguida, com base no cálculo do valor estimado do gasto por equipe em cada ano, estimou-se o gasto médio anual com PSF, em cada uma das faixas populacionais e em cada ano. O cálculo foi realizado multiplicando-se a estimativa do número de equipes de PSF pelo valor estimado mensal por equipe de PSF multiplicados por doze. Para uma melhor análise dos gastos com PSF, foi adotado o critério de eliminação dos municípios com dados não informados. Assim, para efeito deste cálculo foi alterado o total de municípios em cada faixa, em cada ano, conforme mostra a tabela 9.

**Tabela 9: Eliminação de municípios com dados não informados para cálculo de gasto médio com PSF por ano**

Faixa populacional	2004			
	Total de municípios	Total de municípios eliminados	Total de municípios considerados	% Munic. Analisados
Grande porte (acima de 80 mil hab.)	9	0	9	100
Médio porte (entre 20 e 80 mil hab.)	26	6	20	77
Pequeno porte (abaixo de 20 mil hab.)	43	8	35	81
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>14</b>	<b>64</b>	<b>82</b>
Faixa populacional	2005			
	Total de municípios	Total de municípios eliminados	Total de municípios considerados	% Munic. Analisados
Grande porte (acima de 80 mil hab.)	9	0	9	100
Médio porte (entre 20 e 80 mil hab.)	26	4	22	85
Pequeno porte (abaixo de 20 mil hab.)	43	4	39	91
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>8</b>	<b>70</b>	<b>90</b>
Faixa populacional	2006			
	Total de municípios	Total de municípios eliminados	Total de municípios considerados	% Munic. Analisados
Grande porte (acima de 80 mil hab.)	9	2	7	78
Médio porte (entre 20 e 80 mil hab.)	26	5	21	81
Pequeno porte (abaixo de 20 mil hab.)	43	3	40	93
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>10</b>	<b>68</b>	<b>87</b>

Fonte: Elaboração própria

Procedimentos utilizados para estimar a proporção de recursos transferidos para a AB sobre o total das transferências SUS

Foram utilizados os dados disponibilizados pelo SIOPS:

Transferências SUS para AB
Transferências SUS totais

Procedimentos utilizados para cálculo da despesa com AB, com recursos próprios por habitante

Apesar de esse dado ser fornecido pelo DATASUS, foi encontrado um erro na planilha informada. Por essa razão, o dado foi corrigido por meio da seguinte fórmula:

Despesa total com saúde - Transferências SUS totais por habitante
---

Procedimentos utilizados para cálculo da proporção de despesas com pessoal

Despesas com pessoal
Despesa total com saúde

Durante a pesquisa e depois de esgotadas as informações fornecidas pelo SIOPS/DATASUS e Cadernos de Saúde municipais, surgiu a necessidade de se realizar entrevistas com profissionais de gestão da SESA/ES para investigação de questões específicas e regionais não constantes no SIOPS e DATASUS. Optou-se por selecionar pessoas que tivessem elevado grau de envolvimento com o tema aqui estudado no estado, o que direcionou a pesquisa para os representantes estaduais da ESF. Foram entrevistadas a ex coordenadora estadual do PSF e a atual coordenadora da atenção primária em saúde da SES/ES.

## **4. RESULTADOS**

### **4.1 A precariedade das informações financeiras sobre o PSF**

Como já foi dito, essa pesquisa é de natureza exploratória e teve como fonte de dados o Sistema Integrado de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e a SESA/ES. Foi possível observar uma grande precariedade das informações dessas duas fontes. O SIOPS, a principal fonte de pesquisa, apesar de apresentar, por exemplo, dados sobre despesas com recursos humanos por nível de atenção, sendo impossível se saber sobre essas despesas – que são as principais do sistema de saúde<sup>7</sup> - não possui a totalidade das informações que permita a análise dos dados e estudo detalhado. Isso porque nem todos os municípios inserem as informações no sistema. A ausência de informações detalhadas efetuadas pelos municípios não permite se conhecer a estrutura dos gastos e, conseqüentemente, avaliar os possíveis resultados alcançados, face às despesas efetuadas, impedindo, por exemplo, uma análise de custo-benefício das ações e serviços de saúde e, mais especificamente do PSF.

Assim sendo, não há hoje como se conhecer os gastos próprios dos municípios com a atenção primária, nem com a saúde da família, só as transferências federais para a “atenção básica”. Fica claro, portanto, que os municípios só levantam e apresentam as informações exigidas pelo MS através do SIOPS, o que dificulta a análise dos gastos e, portanto um planejamento de gestão da ESF que proporcione a cada município a condição de crescimento, monitoramento e desempenho. Sem essas informações torna-se inviável uma avaliação gerencial de desempenho do Programa, assim como também uma prospecção planejada do aumento de cobertura do mesmo.

Uma das questões levantada pelos entrevistados que justifica essa dificuldade é a carência de pessoal técnico especializado no desenvolvimento de sistemas de

---

<sup>7</sup> No período analisado, as despesas com pessoal dos municípios do ES representaram, em média, 54% do total das despesas com o SUS, segundo os dados do SIOPS disponibilizados pelo

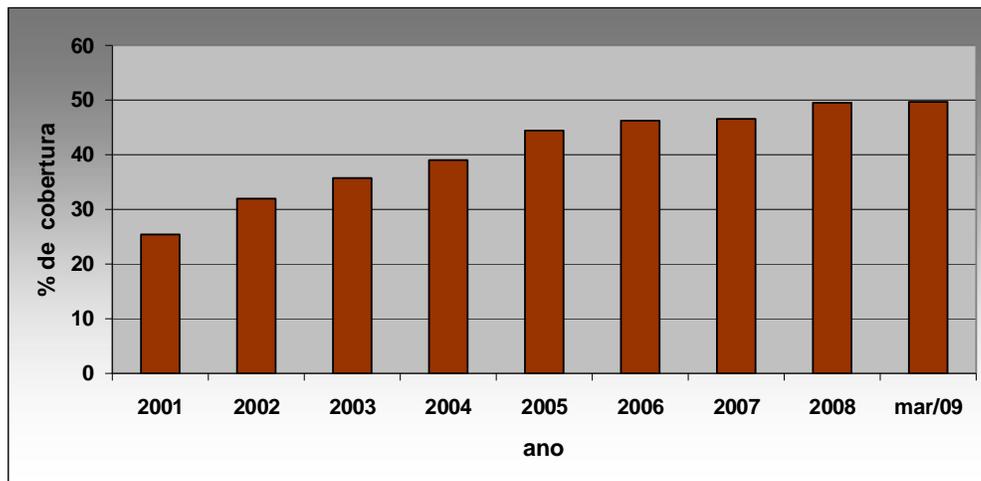
custeio, por mais simples que sejam os sistemas. Em consequência dessa ausência de informações financeiras ocorrem a impossibilidade de conhecer os resultados e compará-los com os recursos aplicados; de responsabilização dos gestores; e de prestação de contas para a sociedade – dificultando, inclusive o “controle social” uma das funções dos conselhos municipais.

## 4.2 Cobertura da SF no Brasil e no Estado do Espírito Santo

### 4.2.1 Evolução da proporção da população coberta pelo PSF

A análise da evolução da proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família para no Brasil (gráfico 6) no período de 2001 a março de 2009, demonstra um aumento progressivo da cobertura. Pode-se observar que a proporção de população coberta era de aproximadamente 25% em 2001, passando a 44% em 2005 e chegando a quase 50% em março de 2009.

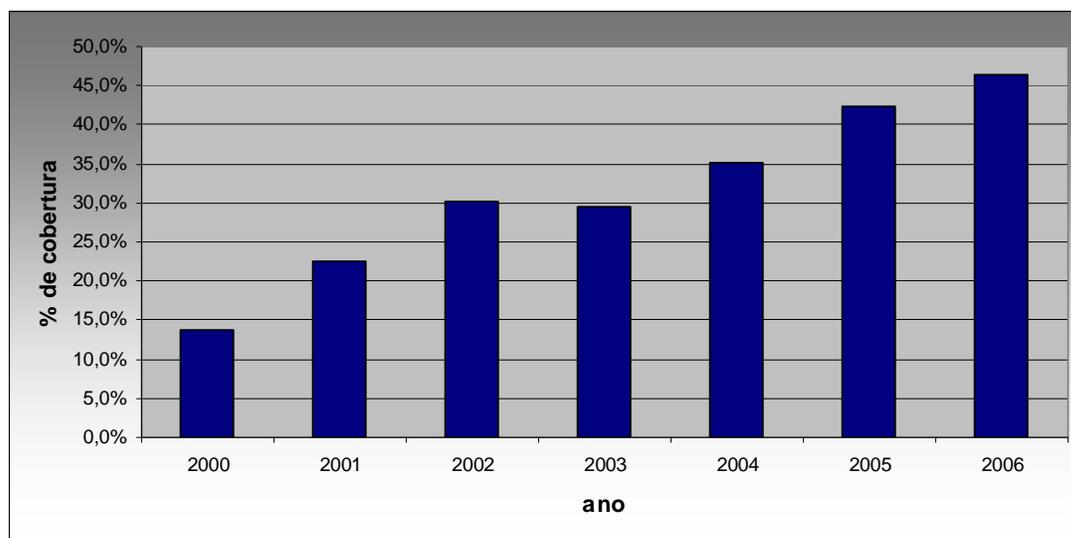
**Gráfico 6: Evolução da cobertura populacional (%) do PSF no Brasil, 2001 a mar/2009**



Fonte: Elaboração própria a partir de informações do DAB/DATASUS, 2009

Tomando-se como base os dados brasileiros, é possível fazer uma comparação com os dados do Espírito Santo (gráfico 7), conforme segue:

**Gráfico 7: Evolução da cobertura populacional (%) do PSF no Espírito Santo, 2000 a 2006**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pela SESA

Pode-se observar que o Espírito Santo seguiu o padrão brasileiro no que tange o crescimento da cobertura populacional da ESF. A análise mostra que a proporção de população coberta no Estado em 2000 era de aproximadamente 14%, aumentando para 29% em 2003 e 46% em 2006.

#### **Evolução da proporção da população coberta pelo PSF por porte populacional**

A tabela 10 e o gráfico 8, a seguir, permitem uma análise da evolução da cobertura do PSF por porte populacional dos municípios brasileiros. Em 1998, segundo dados do MS (2006), apenas 3,6% da população brasileira que residia em municípios pequenos (população inferior a 20 mil habitantes) estava coberta pelo PSF e em março de 2009, a cobertura já era superior a 75%.

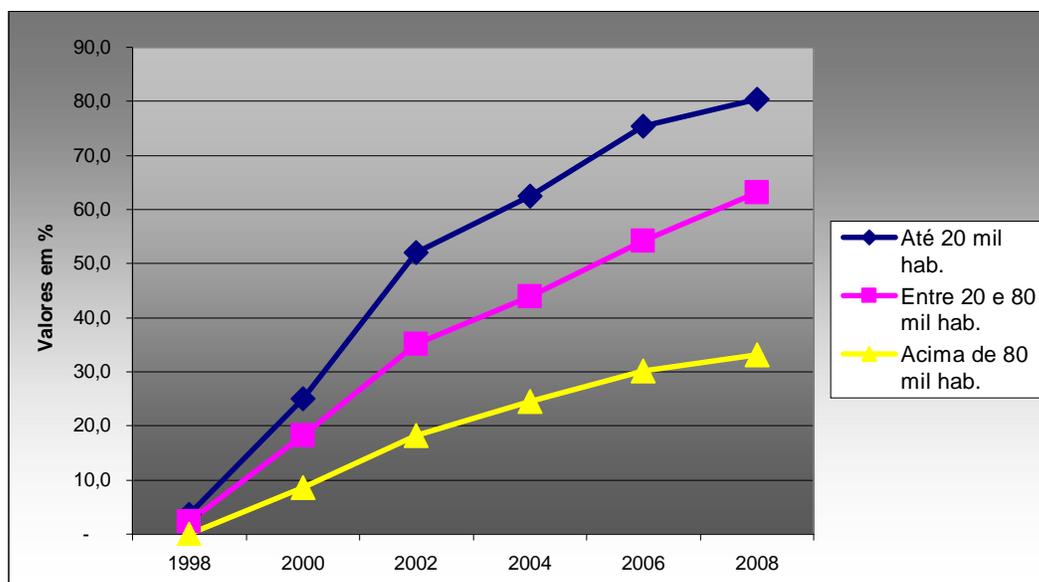
**Tabela 10 – Cobertura percentual do PSF no Brasil por faixa de população – 2001 a mar/2009**

Porte populacional dos municípios	1998	2000	2002	2004	2006
Pequeno porte (abaixo de 20 mil hab.)	3,6	25,1	52,1	62,5	75,4
Médio porte (entre 20 e 80 mil hab.)	2,3	18,2	35,2	43,9	54,2
Grande porte (acima de 80 mil hab.)	-	8,6	18,2	24,6	30,2

Fonte: Elaboração própria a partir de informações do DAB/DATASUS,2009

Apesar de esse crescimento poder ser considerado grande ao longo desse período, é possível verificar que o mesmo não ocorreu de em municípios de maior porte (população superior a 80 mil habitantes), onde os percentuais de cobertura do PSF foram de 8,6% em 2000 (MS,2006) e 30,2% em março de 2009.

**Gráfico 8: Evolução do percentual de cobertura populacional das ESF, distribuído por porte populacional no Brasil, 1998 a 2008**



Fonte: Elaboração própria a partir de informações do DAB/MS (DATASUS).

Agregando-se a esta análise os municípios com porte populacional intermediário (população entre 20 e 80 mil habitantes), observa-se que nos três grupos populacionais houve expansão da cobertura do PSF. Contudo, o aumento do distanciamento das curvas revela que quanto menor o porte populacional do

município, maior cobertura populacional do PSF e mais acelerada a sua expansão.

Nos municípios do ES, pode-se observar um comportamento semelhante ao que ocorre em geral nos municípios brasileiros, no que diz respeito ao crescimento praticamente constante da cobertura do PSF.

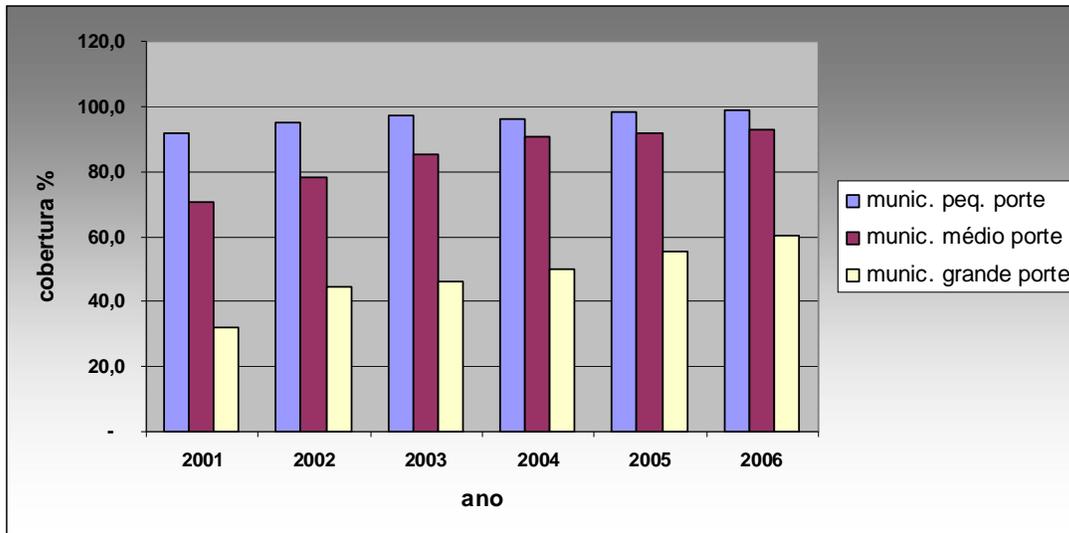
A tabela 11 e o gráfico 9, permitem uma análise particularizada da evolução da cobertura do PSF por porte populacional. Verifica-se constância de cobertura nos municípios de pequeno porte populacional, enquanto que nos municípios de grande porte, observa-se um crescimento maior proporcionalmente, visto que, nestes últimos a cobertura média em 2001 era de 32%, chegando a 60% em 2006.

**Tabela 11: Evolução da cobertura percentual do PSF no Espírito Santo por faixa de população – 2001 a 2006**

Faixas de população	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Pequeno porte (abaixo de 20 mil hab.)	91,7	94,9	97,0	96,3	98,3	98,9
Médio Porte (entre 20 e oitenta mil hab.)	70,6	78,4	85,3	90,7	91,9	93,0
Grande Porte (acima de 80 mil hab.)	32,0	44,3	46,4	49,9	55,3	60,0

Elaboração própria, a partir dos dados do SIAB (DATASUS).

**Gráfico 9: Evolução do percentual de cobertura populacional das ESF, distribuído por porte populacional no Espírito Santo, 2001 a 2006**



Pode-se ainda verificar que houve expansão da cobertura do PSF nos três grupos populacionais, considerando que, mesmo nos municípios maiores, com menor cobertura, o crescimento no final do período (2006) é quase 100% maior que no início do período analisado (2001). Ou seja, houve crescimento de cobertura independentemente do porte populacional dos municípios.

A expansão da cobertura do PSF em municípios de grande porte exige maior disponibilidade de recursos de ordem organizacional, político-institucional e financeiro (MS, 2006), assim, enquanto em um município de 20 (vinte) mil habitantes o número de equipes de saúde da família necessárias a uma cobertura de 100% é de 6 (seis) equipes, o mesmo número cobriria apenas 26% de uma população de 80 (oitenta) mil habitantes. Isso provavelmente explica a razão da menor cobertura do PSF nesses municípios.

É possível dizer que, a capacidade dos municípios de pequeno e médio porte de financiar a ESF é maior que os de grande porte, tendo em vista que os percentuais de cobertura ao longo do período são sempre superiores em municípios menores, tanto no Espírito Santo, como nos demais municípios brasileiros, conforme já mostrado na tabela 9.

De acordo com a Coordenação Estadual da AB no ES, o motivo pelo qual isso ocorre está relacionado diretamente ao fator populacional. Ou seja, torna-se mais dispendioso para municípios com grande população o financiamento de cobertura total em seu território, tendo em vista a necessidade de um maior número de equipes para que seja alcançada uma maior cobertura.

### 4.3 Análise dos dados financeiros disponíveis

A análise dos dados financeiros disponíveis revela um aumento considerável da responsabilidade financeira dos municípios com o financiamento da AB e em contrapartida à diminuição do financiamento federal sobre o mesmo. A tabela 12, a seguir, apresenta a evolução das despesas com o SUS, de acordo com a origem dos recursos por habitante, entre 2003 e 2006 (não há dados disponíveis anteriores a 2003).

**Tabela 12: Evolução das despesas com recursos próprios, transferências SUS e despesas totais com saúde por habitante no Espírito Santo, 2003-2006**

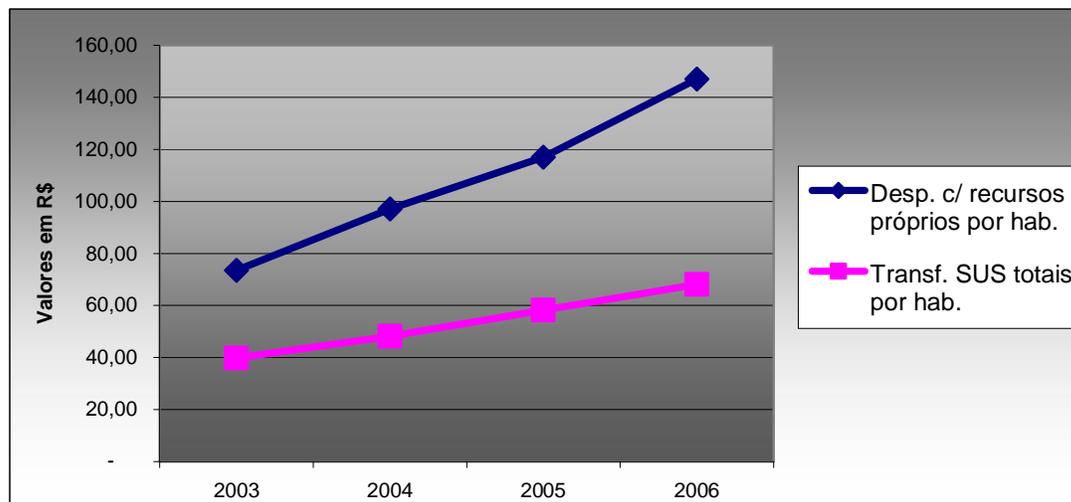
<b>Despesas com saúde segundo a origem dos recursos</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>Variação 2006/ 2003 (%)</b>
Desp. c/ recursos próprios por hab.	73,52	97,10	116,96	147,03	100,0
Transf. SUS totais por hab.	39,83	48,14	58,21	68,04	70,8
<b>Desp. total com saúde por hab.</b>	<b>113,35</b>	<b>145,25</b>	<b>175,17</b>	<b>215,07</b>	<b>170,82</b>

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SIOPS (DATASUS)

Obs: Para o ano de 2006 foram excluídos os municípios de Ecoporanga, Jaguaré, São Mateus e Vila Velha por não haver dados disponíveis.

Os dados da tabela mostram que houve um aumento tanto das despesas com recursos próprios, quanto das transferências do SUS. Mas observa-se um crescimento maior das despesas com recursos próprios (100,0%) em relação às segundas (70,8%). O gráfico 10, a seguir, evidencia visualmente o diferente ritmo de crescimento dos recursos.

**Gráfico 10: Evolução das despesas com recursos próprios por habitante e transferências SUS totais por habitante no Espírito Santo, 2003 a 2006**



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SIOPS (DATASUS)

Os dados da tabela 13, a seguir, apresentam dados relativos à participação das despesas com atenção básica (despesa liquidada total) sobre a despesa total com a saúde por porte populacional dos municípios.

**Tabela 13: Espírito Santo - Participação da despesa com atenção básica, sobre a despesa total com a saúde ( %)**

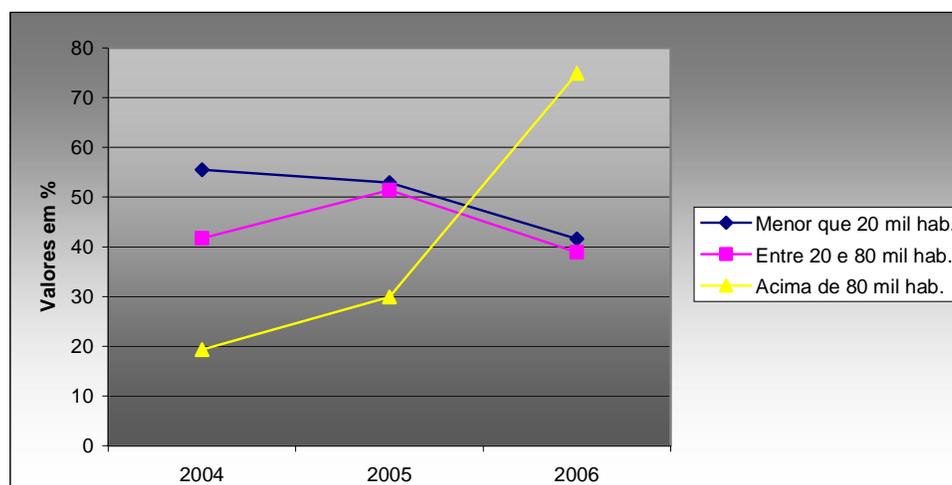
Municípios por porte populacional	2004	2005	2006
Pequeno porte (abaixo de 20 mil hab.)	55,5	52,9	41,6
Médio porte (entre 20 e 80 mil hab.)	41,7	51,4	38,9
Grande porte (acima de 80 mil hab.)	19,3	29,9	74,9

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do SIOPS (DATASUS).

Os dados mostram que, no período analisado, nos municípios de menor porte (menos de 20 mil habitantes) houve uma queda da participação da despesa com atenção básica – de 55,5% para 41,6%, e um grande aumento dessa participação entre os municípios de maior porte (acima de 80 mil habitantes) – de 19,3% para

74,9%. Já em relação aos municípios de médio porte, não há uma tendência clara significativa, nem de aumento, nem de queda. Tais variações podem ser mais bem visualizadas no gráfico 11, a seguir.

**Gráfico 11: Espírito Santo - Participação da despesa liquidada total com atenção básica, sobre a despesa total com a saúde ( %)**



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do SIOPS (DATASUS).

Os dados apresentados na tabela 14, abaixo, apresentam a participação das transferências do FNS para a atenção básica sobre a despesa total com este nível de atenção por porte populacional dos municípios.

**Tabela 14: Espírito Santo - Transferências do SUS para a atenção básica sobre a despesa total com atenção básica (%)**

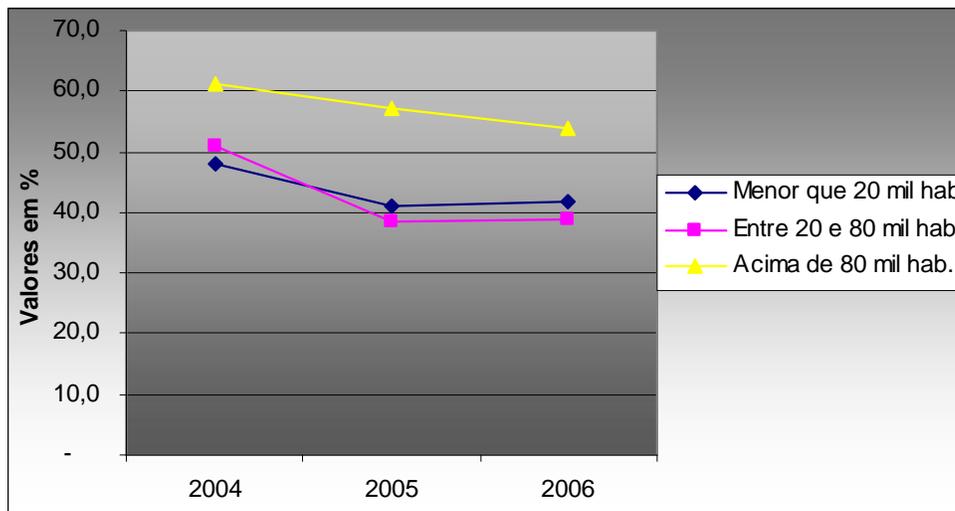
Municípios por porte populacional	2004	2005	2006
Pequeno porte (abaixo de 20 mil hab.)	47,9	41,0	41,6
Médio porte (entre 20 e 80 mil hab.)	50,9	38,5	38,9
Grande porte (acima de 80 mil hab.)	61,1	57,3	53,9

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do SIOPS (DATASUS).

Os dados da tabela 14 comprovam a queda da participação das transferências do SUS em relação ao financiamento da atenção básica em todas as faixas de porte

populacional, fazendo com que os municípios tenham de arcar com a diferença, que é proporcionalmente cada vez maior. O gráfico 12 abaixo representa visualmente a queda da participação dos recursos da União no financiamento da atenção básica.

**Gráfico 12: Espírito Santo - Transferências do SUS para a atenção básica sobre despesa total com atenção básica (%)**



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do SIOPS (DATASUS).

Outra possível análise é a da proporção das transferências do SUS para a atenção básica, em relação ao total das transferências do SUS apresentadas na tabela 15.

**Tabela 15: Espírito Santo - Transferências do SUS para a atenção básica sobre transferências totais para o SUS (%)**

Municípios por porte populacional	2004	2005	2006
Pequeno porte (abaixo de 20 mil hab.)	68,6	52,7	57,5
Médio porte (entre 20 e 80 mil hab.)	58,5	53,6	51,6
Grande porte (acima de 80 mil hab.)	61,1	57,3	53,9

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do SIOPS (DATASUS).

Como se pode ver a participação das transferências para a atenção básica entre as transferências totais do SUS vem caindo para os municípios de todos os portes populacionais analisados. Isto aparentemente contradiz a prioridade atribuída pelo Ministério à atenção básica como um todo e à própria Estratégia de Saúde da Família, pelo menos no que tange ao seu financiamento e mostra uma tendência diferente da que ocorreu entre 1996 e 2004 (ver tabelas 3 e 4, acima). Deve-se chamar a atenção que tais diferenças constatadas referem-se somente ao caso do ES, não podendo ser extrapoladas necessariamente para a situação brasileira como um todo. O gráfico 13 abaixo confirma ainda mais claramente essa tendência na diminuição proporcional dos recursos para a atenção básica, entre as transferências federais para o financiamento do SUS. Como se pode ver há uma queda nos três anos analisados, dos recursos para a atenção básica entre as transferências totais do SUS.

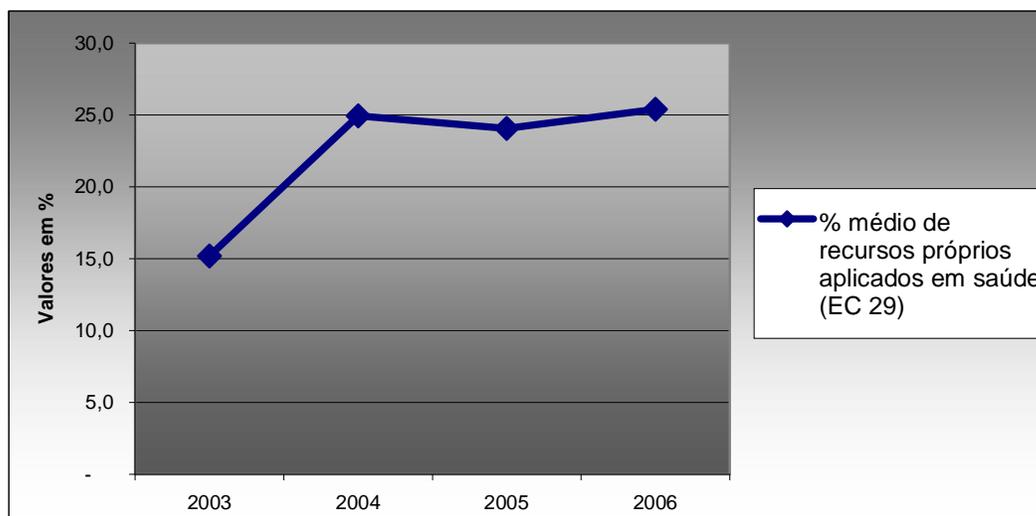
A tabela 16 e o gráfico 13, a seguir, apresentam a evolução dos recursos próprios aplicados em saúde, nos municípios do ES, tal como definido pela Emenda Constitucional nº. 29/00.

**Tabela 16: Evolução da proporção média dos recursos próprios aplicados na saúde pelos municípios do ES (EC nº. 29/00)**

<b>Discriminação</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
% médio de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)	15,2	24,9	24,1	25,4

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do SIOPS (DATASUS).

**Gráfico 13: Evolução da proporção média de recursos próprios aplicados na saúde pelos municípios do ES (EC nº. 29/00)**

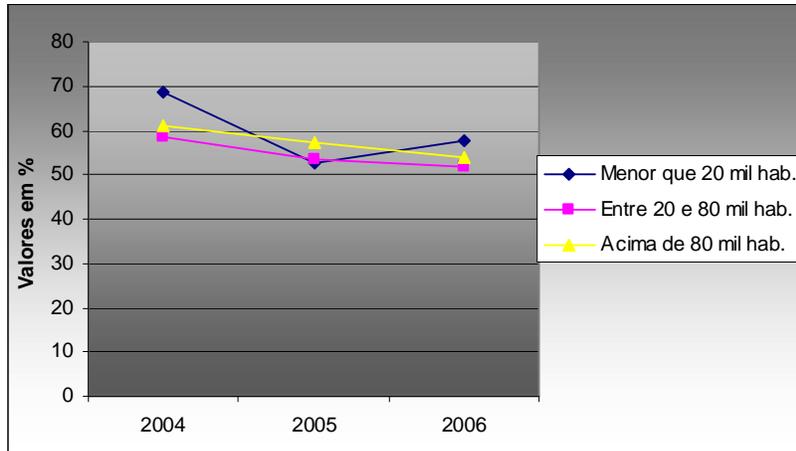


Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do SIOPS (DATASUS).

Nota-se pelos dados apresentados, um aumento brusco de 2003 para 2004, em termos dos gastos em saúde com recursos próprios, o que confirma o aumento do esforço fiscal dos municípios com o setor de saúde.

Reforçando a tendência de diminuição da responsabilidade federal sobre o financiamento da AB, pode-se observar com base nos dados do gráfico 14 a seguir, que em todas as faixas populacionais houve queda nas transferências SUS para a AB quando comparadas às transferências SUS totais.

**Gráfico 14: Espírito Santo - Transferências SUS para a atenção básica sobre transferências SUS totais (%)**



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do SIOPS (DATASUS).

Nota-se que, apenas nos municípios de menor porte populacional houve pequeno aumento nessas transferências no ano de 2006. Esse fato não foi estudado nessa pesquisa.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise do cenário do financiamento da ESF nos municípios do ES, no período de 2000 a 2006 teve de ser limitada ao período de 2004 a 2006. Isso porque, não foram encontrados os dados financeiros relativos aos anos de 2000 a 2003 disponíveis no SIOPS (principal fonte de pesquisa) e nem nos arquivos da SESA/ES. Conforme já foi dito, mesmo para os anos de 2004 a 2006, foi identificada uma grande precariedade nas informações dessas duas fontes. O SIOPS não detalha as despesas com saúde por nível de atenção e não apresenta dados de despesas com recursos humanos, insumos, manutenções e etc.

Conseqüentemente, na ausência dessas demonstrações contábeis não foi possível proceder a uma análise adequada das despesas com a ESF e nem compará-las com as despesas totais com saúde. Assim, com os dados financeiros disponíveis sobre a ESF, tornar-se inviável a realização de uma análise gerencial que possa relacionar metas e resultados, bem como prever gastos com possíveis expansões do Programa. Além disso, ausência de uma contabilidade adequada para a AB e mais especificamente para a ESF faz com que haja um forte impacto na ociosidade dos recursos para ela destinados, na composição do custo total com a atenção básica.

Pôde-se observar com base nos dados apresentados que o processo de implantação e crescimento da cobertura do PSF nos municípios do ES foi progressivo no período de 2000 a 2006, independente do porte populacional. Em municípios de pequeno e médio porte o avanço da cobertura foi elevado quando comparado com municípios de grande porte populacional. Estes últimos mostraram uma maior dificuldade em expandirem a cobertura em seu território, ou seja, a expansão de cobertura nesses municípios (de grande porte) exige maior disponibilidade de recursos de ordem organizacionais e financeiros.

A clara dificuldade dos municípios de maior porte populacional no financiamento do PSF, apresentada nesse estudo, segue a tendência dos municípios brasileiros de forma geral. Essa tendência tem ligação direta com o financiamento desse

programa, uma vez que, conforme foi mostrado, o custo para cobrir uma população maior é obviamente também maior. Essa situação fica ainda mais difícil para esses municípios, pois, como foi evidenciado no decorrer da pesquisa, a proporção dos recursos para a AB advindos da esfera federal diminui a cada ano, aumentando assim, a responsabilidade municipal por esse financiamento.

Essa diminuição das transferências de recursos federais para a AB contesta o discurso do MS de priorização da ESF como eixo estruturante da atenção à saúde e ainda expõe o questionamento de qual o grau de suportabilidade municipal no custeio das ações nesse nível de atenção já que a esfera federal transfere proporcionalmente cada vez menos e os municípios precisam investir cada vez mais?

Reconhece-se que, apesar do inegável aumento na qualidade das fontes de informação do SUS, persistem as lacunas relevantes, principalmente no detalhamento das despesas com a função saúde. Essas lacunas influenciam diretamente as análises financeiras gerenciais. É fundamental que cada município do ES possua informações detalhadas dos gastos com a ESF a fim de que estas ofereçam ao gestor fundamentos para tomada de decisões operacionais e estratégicas, sejam elas de economia ou de expansão da cobertura no território do seu município.

Tomando-se como base a inexistência de dados financeiros referentes aos gastos com a ESF, entende-se ser necessário que haja um modelo Sistema de informações que atenda aos dispositivos legais os quais exigem a instituição e utilização de sistemas de custos mais completos que possam fornecer dados comprovem a eficiência e economia na gestão dos gastos públicos. Dessa maneira, o uso das informações disponibilizadas por esses sistemas, poderia contribuir com o monitoramento e a avaliação na atenção básica e mais especificamente do PSF, subsidiando gestores, profissionais e usuários dos serviços nesse processo.

Considerando a escassez de recursos destinados à saúde, é fundamental que a aplicação desses recursos esteja baseada em um processo racional de definição

de prioridades. Esse processo somente será assegurado por meio de análises gerenciais coerentes, embasadas em dados detalhados das finanças públicas. Ou seja, financiar é tão importante quanto demonstrar e analisar os gastos referentes a este financiamento.

Embora este estudo possa contribuir para a análise do cenário de financiamento da AB no Estado do Espírito Santo, é absolutamente necessário o desenvolvimento de outras pesquisas sobre esse tema que possam elucidar melhor o assunto e quem sabe superar as dificuldades impostas pelas ausências de informação encontradas no decorrer dessa pesquisa.

Deve-se enfatizar, entretanto, que o processo de pesquisa das contas públicas, principalmente no que tange às suas despesas, não é tarefa fácil, uma vez que essa a luta pela transparência continua sendo um grande desafio da sociedade brasileira frente a seus governantes.

## REFERÊNCIAS

### Bibliográficas

- ABRAHÃO, A.L. **Atenção primária e o processo de trabalho em saúde**. v.03, n.01 – 03. jan-jun. 2007. Disponível em: [www.uff.br/promocaodasaude/informe](http://www.uff.br/promocaodasaude/informe).  
[acesado em 21/03/2009](#).
- ABRUCIO, F. L. **Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas**. RAP, Rio de Janeiro, Edição Especial Comemorativa, 67-86, 1967-2007.
- ALONSO, Marcos. Custos no Serviço Público. **In. Revista do Serviço Público**. Fundação Escola Nacional de Administração Pública. V. 1, n.1 (nov 1937) – Ano 50, n. 1 (Jan-Mar/1999). Brasília: ENAP, 1999.
- AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Programa Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, abr, 2008 – p. 905.
- BARROS, G et al. Saúde bucal a usuários com necessidades especiais: visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. **Revista Saúde.com**, V.2. 2006.
- BIGNARDI, F.A.C. **Reflexões sobre a pesquisa qualitativa & quantitativa: Maneiras complementares de apreender a realidade**. São Paulo: UNESCO, 2003.
- BLEIL, C; MAUSS, C.V.; DIEHL, C.A. **A gestão pública por resultados e a avaliação de desempenho**. Disponível em [www.congressosp.fipecafi.org/artigos82008/107.pdf](http://www.congressosp.fipecafi.org/artigos82008/107.pdf). Acesso em 12/06/08
- BOUSQUAT, A, COHN, A., ELIAS, P. E. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, n. 22, v. 9, set./2006:1935-1943.
- BRODERSEN, G; RODRIGUES, I. F.; DELAZERE, J. C. As interfaces do olhar sobre família. **Família Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 69-74, jan.abr. 2005.
- CAMPOS, Sandra Rocio. **Mecanismos de controle fiscal e de gestão orçamentária: o caso do estado do Paraná**. 2005. Dissertação (Mestrado profissional em Ciências Saocias Aplicadas) - Universidade Federal do Paraná, Paraná, 2005.
- CARVALHO, G. **Gasto com saúde no Brasil em 2006**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), 2007.

- CARVALHO, G. **Informativo dominical datado de 10 de abril de 2008**. Disponível em: <http://www.carvalhogilsonr>; Acesso em: 10 de abril de 2008.
- CARVALHO, G. **O financiamento público da saúde no bloco de constitucionalidade, 2007**. Disponível em: [http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/grupos-de-trabalho/saude/docs\\_publicacao/financiamento\\_publico.pdf](http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/grupos-de-trabalho/saude/docs_publicacao/financiamento_publico.pdf); Acesso em: 15 de maio de 2008.
- CONASS. **O financiamento da saúde 2007** (Coleção Progestores/ Para entender a Gestão do SUS). CONASS: Brasília, 2007.
- CONILL, E.; Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2008, v. 24, suppl. 1. ISSN 0102-311X.
- CORRÊA, I. M. Planejamento estratégico e gestão pública por resultados no processo de reforma administrativa do estado de Minas Gerais. **RAP**, Rio de Janeiro 41(3):487-504, Maio/Jun. 2007.
- DATASUS, **11ª Conferência Nacional de Saúde, 2000**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/11Conferencia/relatorio/FINANCIAMENTO>; acesso em 27 de maio de 2008.
- **Declaração de Alma-Ata** (CAPITULO VI), originada da Conferência de Saúde Mundial em Alma-Ata (1978).
- ESCOREL, S.; GIOVANELLA, M.H.; MENDONÇA, M.; SENNA, M.C.M.O. Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Publica**, n. 21, v. 2, 2007: 164-176.
- 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 2000-2002** (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.
- FAVERET, A.C.S.C. 2003. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva** 8(2):371-378.
- FREGONA, G. **Contribuição da Estratégia Saúde da Família para o controle da tuberculose no Espírito Santo. 2007**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo. Espírito Santo, 2007.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1996.
- GOULART, F.A.A. **Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso ?**. 2002. Tese (doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

- LEVCOVITZ, E.. **Transição x Consolidação, O Dilema Estratégico do SUS - Um Estudo sobre as Reformas da Política Nacional de Saúde.** 1997. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- LIMA, L. D. e MACHADO, C. V. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas.** Ciência & Saúde Coletiva, n. 6, v. 2: 269-291, 2001.
- MARCONI, M.A., LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 1999
- MARQUES, R.M. ; MENDES, A. **O risco da volta do (des) financiamento do SUS.** São Paulo: Gazeta Mercantil, 01 de outubro de 2001. Jel: H,I.
- MASUR, M.C., **O financiamento federal da saúde no Brasil : Tendências da década de 1990.** 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.
- MELLO, G.S. **Sistema de custos na administração pública – estudo da implantação do método ABC em prefeituras de pequeno porte.** 2005. Dissertação (Mestrado em Engenharia de produção) – Universidade Federal de Itajubá, Itajubá, 2005.
- MENDES, E.V., 2001. **Os grandes dilemas do SUS:** Casa da Qualidade Editora.
- NEWCOMER, KE. A preparação dos gerentes públicos para o século XXI. **Revista do Serviço Público,** Ano 50, N. 2, 1999.
- Pacheco, R.S. **IX Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública,** Contratualização de resultados no setor público: a experiência brasileira e o debate internacional Madrid, Espanha, 2 – 5 Nov. 2004.
- PAIM, J.S. **Recursos humanos em saúde no Brasil:** problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1999
- PELLINI, A. M. **Os sistemas de planejamento, execução e controle da gestão pública: uma nova proposta.** Disponível em: <http://www.ufrgs.br/necon/04-2%20os%20sistemas%20de%20execu%C3%A7%C3%A3o...%20Ana%20Pellini.pdf>; acesso: 02/07/09.
- PEREIRA, L.C.B. **Reforma da nova gestão pública: agora na agenda da América Latina, no entanto...** Revista do Serviço Público, Ano 53, N. 1, Jan-Mar 2002 (5-26).

- PIOLA, S. F. **Tendências do Financiamento da Saúde**. Debates GVSaúde, v. 2: 12-14, 2006.
- PRZEWORSKI, A. **Democracia e mercado: reformas políticas e econômicas na Europa Oriental e na América Latina**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- RODRIGUES, P. H. A. SANTOS, I. S. **Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS**. Rio de Janeiro: Atheneu (no prelo).
- ROSAI, W.; LABATELL, R. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência, **Rev. Latino-Am Enfermagem**. vol.13 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2005
- SCHERER, M. D. A; MARINO, S.R.A; RAMOS, F. R. S. **Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas**. **Interface (Botucatu)**, set./fev. 2005, vol.9, no.16, p.53-66. ISSN 1414-3283.
- SERRA, C. G. e RODRIGUES, P. H. A. **O financiamento da saúde no Brasil**. In: MATTA, G. C. e PONTES, A. L. M. **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007 (p. 195-225).
- SESA. **Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo: Evolução da ESF e EACs no Espírito Santo**. Espírito Santo, 2007 (arquivo interno cedido).
- SOLLA, et al. **Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema único de Saúde: atenção básica à saúde**. Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil. Recife, 2007.
- TEIXEIRA, H. **O financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do SIOPS** – Revista Ciência e Saúde Coletiva – 2003 – pag.379.
- TEMPORÃO, J.G. Entrevista dada ao Jornal A Gazeta em 05/07/07, disponível: <http://www.saude.es.gov.br/default.asp>; acesso em 10 de abril de 2008.
- TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.
- UGÁ, M.; PIOLA, S.; PORTO, S.; VIANNA, S., Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS) – **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2003
- VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2004.

- VIANA, A. L. D. e POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, n. 15 (Suplemento): 225- 264, 2005.

## Documentais

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final**. Brasília, 1986.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004**/ Ministério da Saúde, 2006.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Brasília, 2001.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Disponível em:  
<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#mapas>

- ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**. Espírito Santo, 2003.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional nº 29**, de 13 de setembro de 2000. Assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, vinculados aos orçamentos da União, estados e municípios. Senado Federal. Brasília: MS, 2006

\_\_\_\_\_. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão financeira do Sistema Único de Saúde**: manual básico. Brasília: Ministério da saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. **LEI Nº 4320, DE 17 DE MARÇO DE 1964**. Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

\_\_\_\_\_. **Lei Ordinária nº. 5120/95**, de 01 de dezembro de 1995. Dispões sobre a criação de Macro Regiões de planejamento e Micro Regiões de gestão administrativa. Poder Executivo. Espírito Santo: SESA, 1995.

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/90**, de 17 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União, Brasília, v.78, n.182, p.18055, 20 set. 1990. Seção 1.

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica da Saúde nº. 8.142/90**, de 19 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de

Saúde – SUS e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, v.78, n.249, p.25694, 31 dez.. 1990. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a descentralização com equidade no acesso. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 – Portaria GM/MS nº. 373**, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar . 2ª ed. rev. atual. Brasília: MS: 2002. Série A: Normas e Manuais Técnicos.

\_\_\_\_\_. **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**. Vitória: SESA, 2003.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº. 531, de 30 de abril de 1999**. Define os recursos federais destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde que compõem o teto financeiro da assistência à saúde dos Estados e do Distrito Federal, constantes do anexo I desta portaria, integrado aos recursos para a atenção básica e para a assistência ambulatorial, de média e alta complexidade e hospitalar. Brasília, MS, 1999.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº. 204**, de 22 de Fevereiro de 2007. Brasília: MS, 2006.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Direito do Referido Pacto. Brasília: MS, 2006.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº. 698, de 30 de março de 2006**. Define o custeio das ações de saúde. Brasília: MS, 2006.

\_\_\_\_\_. **Relatório de Cobertura das estratégias Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Saúde Bucal Coletiva**. Núcleo de Informação em Saúde. Vitória: SESA, 2007.

\_\_\_\_\_. **Relatório de Gestão 2007**. Versão Preliminar, Abril 2008. Vitória: SESA, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal: 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 95, de 06 de novembro de 1996**. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS (NOB nº. 01/ 1996). Brasília: 1996. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: junho 2007

DATASUS. **Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, 2002**. Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br); Acesso em: 02 de maio de 2008.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011**. Versão Preliminar, Abril 2008. Vitória: SESA, 2008.

IBGE. **Estimativas de projeção populacional, 2007**. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_Projecoes\\_Populacao](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Populacao); Acesso em: 11 de outubro de 2008.

IBGE. **População Residente segundo Região Metropolitana, 2007**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popbr.def>; Acesso em: 05 de maio de 2008.

IPES (Instituto de Apoio à Pesquisa e ao Desenvolvimento Jones dos Santos Neves). Região Metropolitana da Grande Vitória – RMGV. Sistema gestor e informações básicas. Vitória, 2007.

### **Pessoas entrevistadas**

Célia Márcia Birchler – Coordenadora da atenção primária em saúde da SES/ES.

Tânia Mara Ribeiro – Técnica da atenção primária em saúde da SES/ES.

## ANEXO 1 – POPULAÇÃO ESTIMADA PARA OS MUNICÍPIOS, 2006

Municípios	Pop. Estimada/2006
Afonso Cláudio	33.797
Água Doce do Norte	12.790
Águia Branca	9.436
Alegre	32.667
Alfredo Chaves	14.331
Alto Rio Novo	6.575
Anchieta	22.312
Apiacá	8.074
Aracruz	73.656
Atilio Vivacqua	9.558
Baixo Guandu	28.337
Barra de São Francisco	38.970
Boa Esperança	14.253
Bom Jesus do Norte	10.156
Brejetuba	13.016
Cachoeiro de Itapemirim	198.148
Cariacica	361.057
Castelo	35.054
Colatina	111.784
Conceição da Barra	29.610
Conceição do Castelo	11.190
Divino de São Lourenço	5.352
Domingos Martins	33.870
Dores do Rio Preto	6.869
Ecoporanga	23.644
Fundão	15.086
Governador Lindenberg	10.057
Guaçuí	28.100
Guarapari	108.123
Ibatiba	21.908
Ibiraçu	10.688
Ibitirama	10.359
Iconha	12.447
Irupi	10.959
Itaguaçu	15.309
Itapemirim	32.749
Itarana	12.187
Iúna	28.431
Jaguaré	21.379
Jerônimo Monteiro	11.144
João Neiva	16.654
Laranja da Terra	11.156
Linhares	122.998
Mantenópolis	10.919
Marataízes	36.494
Marechal Floriano	14.158
Marilândia	10.604

Municípios	Pop. Estimada/2006
Mimoso do Sul	27.795
Montanha	16.618
Mucurici	6.264
Muniz Freire	19.344
Muqui	13.714
Nova Venécia	45.607
Pancas	19.955
Pedro Canário	22.414
Pinheiros	21.325
Piúma	19.096
Ponto Belo	6.514
Presidente Kennedy	9.648
Rio Bananal	16.987
Rio Novo do Sul	12.208
Santa Leopoldina	13.453
Santa Maria de Jetibá	32.844
Santa Teresa	21.193
São Domingos do Norte	8.326
São Gabriel da Palha	28.578
São José do Calçado	10.687
São Mateus	102.953
São Roque do Canaã	11.046
Serra	394.370
Sooretama	21.290
Vargem Alta	20.550
Venda Nova do Imigrante	19.216
Viana	60.540
Vila Pavão	8.490
Vila Valério	14.383
Vila Velha	405.374
Vitória	317.083
<b>ES -Total</b>	<b>3.464.280</b>

Fonte: IBGE - Estimativas populacionais para o TCU, 2006

**ANEXO 2 – DESPESAS TOTAIS COM SAÚDE E DESPESAS COM ATENÇÃO BÁSICA POR ORIGEM DOS RECURSOS POR PORTE POPULACIONAL**

**Tabela 17: Despesas totais com saúde, despesa liquidada total com atenção básica, transferências SUS para atenção básica e Transferências SUS totais, segundo o porte populacional dos municípios, 2004**

Municípios por porte populacional		A Despesa total com saúde (R\$)	B Despesa liquidada total com atenção básica - AB (R\$)	C Desp. liq. total com AB s/ Desp. total com a saúde (B/A %)	D Transfer. SUS para AB (R\$)	E Transf. SUS p/ AB s/ Desp. total com AB (D/B %)	F Transferências SUS totais (R\$)	G Transfer. SUS p/ AB s/ Transfer. SUS Totais (D/F %)
<b>Menor que 20 mil habitantes</b>	TOTAL	70.090.520,00	38.888.762,82	55,5	18.619.303,79	47,9	27.136.178,52	68,6
	Média da faixa	2.002.586,29	1.111.107,51	-	531.980,11	-	775.319,39	-
<b>Entre 20 e 80 mil habitantes</b>	TOTAL	108.825.965,95	45.395.599,53	41,7	23.123.548,08	50,9	39.496.266,86	58,5
	Média da faixa	5.441.298,30	2.269.779,98	-	1.156.177,40	-	1.974.813,34	-
<b>Acima de 80 mil habitantes</b>	TOTAL	257.880.045,80	49.803.185,19	19,3	48.276.935,11	96,9	79.069.320,35	61,1
	Média da faixa	28.653.338,42	5.533.687,24	-	5.364.103,90	-	8.785.480,04	-

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS (DATASUS).

**Tabela 18: Despesas totais com saúde, despesa liquidada total com atenção básica, transferências SUS para atenção básica e Transferências SUS totais, segundo o porte populacional dos municípios, 2005**

Municípios por porte populacional		A Despesa total com saúde (R\$)	B Despesa liquidada total com atenção básica - AB (R\$)	C Desp. liq. total com AB s/ Desp. total com a saúde (B/A %)	D Transfer. SUS para AB (R\$)	E Transf. SUS p/ AB s/ Desp. total com AB (D/B %)	F Transferências SUS totais (R\$)	G Transfer. SUS p/ AB s/ Transfer. SUS Totais (D/F %)
Menor que 20 mil habitantes	TOTAL	101.405.851,87	53.600.836,95	52,9	21.969.201,00	41,0	35.017.353,69	62,7
	Média da faixa	2.600.150,05	1.374.380,43	-	563.312,85	-	897.880,86	-
Entre 20 e 80 mil habitantes	TOTAL	139.875.130,89	71.923.960,18	51,4	27.682.747,54	38,5	51.674.753,64	53,6
	Média da faixa	6.357.960,50	3.269.270,92	-	1.258.306,71	-	1.291.868,84	-
Acima de 80 mil habitantes	TOTAL	298.829.514,18	89.460.143,18	29,9	52.693.040,44	58,9	91.892.253,61	57,3
	Média da faixa	33.203.279,35	12.780.020,45	-	7.527.577,21	-	2.297.306,34	-

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS (DATASUS).

**Tabela 19: Despesas totais com saúde, despesa liquidada total com atenção básica, transferências SUS para atenção básica e Transferências SUS totais, segundo o porte populacional dos municípios, 2006**

Municípios por porte populacional		A Despesa total com saúde (R\$)	B Despesa liquidada total com atenção básica - AB (R\$)	C Desp. liq. total com AB s/ Desp. total com a saúde (B/A %)	D Transfer. SUS para AB (R\$)	E Transf. SUS p/ AB s/ Desp. total com AB (D/B %)	F Transferências SUS totais (R\$)	G Transfer. SUS p/ AB s/ Transfer. SUS Totais (D/F %)
<b>Menor que 20 mil habitantes</b>	TOTAL	125.303.626,68	62.218.949,47	41,6	25.868.317,85	41,6	44.983.788,81	57,5
	Média da faixa	3.132.590,67	1.555.473,74	-	646.707,95	-	1.124.594,72	-
<b>Entre 20 e 80 mil habitantes</b>	TOTAL	152.507.234,67	73.502.943,80	38,9	28.619.940,17	38,9	55.428.287,96	51,6
	Média da faixa	7.262.249,27	3.500.140,18	-	1.362.854,29	-	2.639.442,28	-
<b>Acima de 80 mil habitantes</b>	TOTAL	295.291.575,30	63.289.046,16	74,9	47.432.109,50	74,9	88.054.528,83	53,9
	Média da faixa	42.184.510,76	9.041.292,31	-	6.776.015,64	-	12.579.218,40	-

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS (DATASUS).



# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)