Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

A Problemática do Financiamento da Atenção Básica nos municípios no período do Pacto pela Saúde (2006-2010): o caso do Estado da Bahia

SILVIA CYPRIANO VASCONCELLOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Práticas de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes

São Paulo
2013

A Problemática do Financiamento da Atenção Básica nos municípios no período do Pacto pela Saúde (2006-2010): o caso do Estado da Bahia

SILVIA CYPRIANO VASCONCELLOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Práticas de Saúde pública

Orientador: Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes

São Paulo

2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Agradecimentos

Ao término desta jornada, realizar agradecimentos é uma tarefa difícil, pois sempre se corre o risco de cometer injustiças e esquecer pessoas importantes dessa longa caminhada.

Ao professor Áquilas Nogueira Mendes, meu orientador, pela oportunidade de sua orientação, conversas e reflexões sobre a política de saúde, e por despertar e aguçar minha curiosidade sobre a política econômica.

Agradeço às pessoas e instituições que colaboraram para a idealização, construção e concretização deste trabalho, de forma especial:

- aos colegas da Diretoria da Atenção Básica da Secretária de Saúde do Estado da Bahia (DAB/SESAB), em especial, Lívia Nogueira, Marco Antônio Minervino, Maria Aguiné Cunha, Marta Caires, companheiros da equipe de apoio institucional, pela oportunidade de desenvolver um projeto político neste nível de atenção;
- ao Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS-BA), na figura da sra. Stela dos Santos Souza e do sr. Fabiano Ribeiro dos Santos, pela ajuda e incentivo no desenvolvimento desta pesquisa;
- ao grupo de estudos dos Professores Áquilas Nogueira Mendes, Aurea Maria Zöllner Ianni, Laura Camargo Macruz Feuerwerker da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e aos colegas integrantes do grupo por compartilharem suas reflexões e seus conhecimentos sobre políticas públicas, estado e gestão;
- aos amigos-irmãos Emmanuela Mendes Amorim, Liu Leal, Mariana Bertol Leal, Mateus Matos, pelo carinho, incentivo, apoio prestado nesta caminhada;

A todos que injustamente esqueci de citar, mas que, direta ou indiretamente, contribuíram para o desenvolvimento desse trabalho, os meus sinceros agradecimentos.

Resumo

O presente estudo configura-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa exploratória do tipo estudo de caso, com o objetivo de analisar as bases de financiamento federal e estadual no campo da Atenção Básica dos municípios do Estado da Bahia, evidenciando os conflitos presentes após a implantação do Pacto pela Saúde, bem como as incertezas que cerceiam seu financiamento. Os dados foram coletados em duas etapas: na primeira realizaram-se entrevistas semiestruturadas, com perguntas fechadas e abertas, aplicadas aos representantes da diretoria da atual gestão do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde do Estado da Bahia (COSEMS–BA); na segunda etapa desenvolveu-se uma revisão documental, através da leitura e análise das portarias, resoluções federais e estaduais, assim como atas de reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que trataram como tema a Política e o Financiamento da Atenção Básica. Observou-se que os problemas em relação ao financiamento da saúde, em especial da Atenção Básica, persistem, mesmo após a instituição do Pacto pela Saúde. Desta forma, conclui-se que descentralização só obterá sucesso se a quantidade de recursos financeiros necessários para responder aos compromissos assumidos no atendimento à população for adequada, e também quando houver regularidade do financiamento e da capacidade de incremento de recursos destinados à saúde pelas três esferas, ou seja, não basta a simples transferência financeira, também se faz necessário discutir os critérios e as formas de alocação dos recursos.

Descritores: Financiamento; Atenção Básica; Sistema Único de Saúde.

Abstract

This study characterizes as an exploratory qualitative case study, with the aim of analyzing the foundations of federal and state funding in Primary Healthcare of the municipalities of the state of Bahia, bringing light upon current conflicts after the deployment of the Pact for Health as well as the uncertainties that surrounded its funding. Data were collected in two stages, the first semi-structured interviews were conducted with closed and open questions, applied to current managers of the State Council of Municipal Health Secretaries of the State of Bahia (BA-COSEMS/ *Conselho Estadual dos Secretários de Saúde-BA*), in the second stage, it was developed a document review, through reading and analysis of ordinances, resolutions, state and federal, as well as minutes of meetings of the Managers Bipartite Commission (*Comissão Intergestores Bipartite*-CIB), which dealt with the theme Politics and funding of primary healthcare. It was observed that the issues, in relation to health financing, particularly Primary Healthcare, persist even after the institution of the Pact for Health. Therefore, it was concluded that decentralization will succeed when the amount of financial resources needed to meet commitments assumed to serve the population is adequate, and also when there is regular funding, increased resources for health by the three spheres of government. It is estimated to be necessary to discuss the criteria and forms of resource allocation in primary healthcare, as there are disagreements about the equality of financial transfers to all municipalities and regions of the state.

Descriptors: Funding; Primary; Unified Health System.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição da população e dos municípios segundo faixa populacional, Brasil, 2003. 38

Tabela 2 - Comparação do gasto MAC com o PAB fixo. 81

Tabela 3 - Consulta de Despesa em valores correntes, por subfunção, consolidada por fase de despesa, período de 2006 a 2008, Bahia. 82

Tabela 4 - Consulta de Despesa em valores, por subfunção, consolidada por fase de despesa, período de 2009 a 2011, Bahia. 82

Tabela 5 - Percentual mínimo e aplicado pelo estado de acordo com a EC-29, Bahia. 89

Tabela 6 - Incentivo financeiro estadual para manutenção de equipes do Programa Saúde da Família. 115

Tabela 7 - Financiamento Federal e Estadual da Atenção Básica, em 2006. 117

Tabela 8 - Financiamento Federal e Estadual da Atenção Básica, em 2010. 118

Tabela 9 - Gastos com Saúde do Estado da Bahia. 133

Lista de Quadros

Quadro 1 - Municípios baianos sem Cobertura da Estratégia de Saúde da Família por população, dezembro de 2004. 60

Quadro 2 - Sistematização das Categorias Analíticas. 77

Quadro 3 - Indicadores do Pacto pela Saúde, área estratégica Saúde da Criança, período 2006 a 2010. 95

Quadro 4 - Indicadores do Pacto pela Saúde, área estratégica Controle da tuberculose, período 2006 a 2010. 95

Quadro 5 - Indicadores do Pacto pela Saúde, área estratégica Saúde Bucal, período 2006 a 2010. 96

Quadro 6 - Indicadores do Pacto pela Saúde, área estratégica Saúde da Mulher, período 2006 a 2010. 96

Quadro 7 - Indicadores do Pacto pela Saúde, área estratégica Saúde Materna-Infantil, período 2006 a 2010. 97

Quadro 8 - Indicadores do Pacto pela Saúde, área estratégica Eliminação da Hanseníase, período 2006 a 2010. 97

Quadro 9 - Indicadores do Pacto pela Saúde, área estratégica Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas, período 2006 a 2010. 98

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Número de Municípios com ESF no Estado da Bahia, período dez/2006 a dez/2010. 85

Gráfico 2 - Número de ESFs implantadas no Estado da Bahia, período dez/2006 a dez/2010. 85

Gráfico 3 - Proporção de Cobertura Populacional Estimada pela ESF no Estado da Bahia, período dez/2006 e dez/2010. 86

Lista de Siglas

AB - Atenção Básica

AIS - Ações Integradas de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

BIRD - Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento

CABAS - Coordenação de Atenção Básica

CAHEM - Coordenação de Atenção Hospitalar Urgência Emergência

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

Conasp - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdênciária

COSEMS - Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde

DAB/MS - Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

DAB/SESAB - Diretoria de Atenção Básica da Secretária da Saúde do Estado da Bahia

DEPAS - Departamento de Assistência à Saúde

DIREBA - Diretoria da Rede Básica

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

eSF - Equipe de Saúde da Família

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FESF - Fundação Estatal de Saúde da Família

FUSEB - Fundação de Saúde do Estado da Bahia

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

Inamps - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MS - Ministério da Saúde

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAB - Piso da Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PEAB - Política Estadual de Atenção Básica

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

Prevsaúde - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PROESF - Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família

PSF - Programa Saúde da Família

SESAB - Secretária da Saúde do Estado da Bahia

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SURAPS - Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção à Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO 12

1 INTRODUÇÃO 17

2 OBJETIVOS 23

2.1 OBJETIVO GERAL 23

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 23

3 A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: ASPECTOS CONCEITUAIS E DE CONTEXTO 24

3.1 A PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL 24

3.1.1 A Influência da Década de 1970 na Estruturação da Atenção Básica 25

3.1.2 A Década de 1980: as transformações da Atenção Básica de 1980 a 1994 27

3.1.3 A década de 1990: a Norma Operacional Básica de 1996 e as mudanças da política de Atenção Básica 32

3.1.4 A Década de 2000 34

3.2 O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA 36

3.3 O PACTO FEDERATIVO E SUA PROPOSTA DA DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO SOLIDÁRIA 45

4 O ESTADO DA BAHIA E AS CARACTERÍSTICAS INSTITUCIONAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE 50

4.1 A ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DA BAHIA 56

5 METODOLOGIA 67

5.1 POR QUE A BAHIA? 67

5.2 ATORES 68

5.3 COLETA DE DADOS 69

5.4 ASPECTOS ÉTICOS 71

5.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DO MATERIAL DE PESQUISA: os caminhos percorridos 72

6 ANÁLISE DOS RESULTADOS 76

6.1 A ATENÇÃO BÁSICA: o que dizem os atores e os documentos 77

6.1.1 A Atenção Básica na Agenda da Saúde 77

6.1.2 A Implantação da Estratégia da Saúde e a Organização da Rede: o impacto da Atenção Básica nos demais níveis de atenção . 90

6.2 O TRABALHO NO SETOR SAÚDE: a crise da Equipe de Saúde da Família 101

6.2.1 O Que Diz a Política de Atenção Básica Sobre o Trabalho em Saúde 102

6.2.2 A Influência do Mercado de Trabalho na Estruturação da Atenção Básica 108

6.3 A PROBLEMÁTICA DO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA 112

6.3.1 O Financiamento da Atenção Básica no Período Pacto Pela Saúde 116

6.3.2 Quando o Financiamento Define a Política: a crise dos modelos de incentivos 128

6.3.3 Problemas do Financiamento da Atenção Básica 136

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 142

8 REFERÊNCIAS 145

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 159

APÊNDICE B – Entrevista 160

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética 162

APRESENTAÇÃO

O objetivo deste trabalho é estudar um tema que é objeto de intensos debates e de interesse dos três entes federados, o financiamento da Atenção Básica à Saúde (ABS). Quando iniciado o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da década de 1990, buscou-se orientar a política de saúde para Atenção Básica.

A partir do processo de descentralização, iniciado em 1990, os recursos federais para o financiamento da saúde diminuíram consideravelmente, passando de 60,7%, em 1994, para 56,2%, em 2001 (MENDES, 2005). A participação dos municípios no financiamento da saúde neste período aumentou, devido ao fortalecimento do processo de municipalização da saúde e à reforma fiscal efetivada pela Constituição Federal de 1989. Entretanto, observou-se uma redução da atuação dos estados que, nesta década, reduziram a oferta direta de ações e serviços de saúde, especialmente na Atenção Básica e sua participação nos gastos com saúde (SOLLA *et al.*, 2007).

Na perspectiva de orientar a política de saúde para Atenção Básica, em 1991 o Ministério da Saúde, inspirado pela experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do Ceará, implementou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde e, em 1994, criou o Programa de Saúde da Família (PSF).

As transformações no modelo de financiamento federal da Atenção Básica favoreceram a indução da ampliação dos serviços de saúde deste nível de atenção. A criação do Piso de Atenção Básica (PAB), que introduziu os repasses de recursos com base em critérios populacionais, suprimindo o pagamento por produção de serviços.

A ampliação destes serviços nos municípios foi aprimorada com a criação do PAB variável, o qual estabeleceu os repasses de recursos em função do número de equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde em atividade. Segundo SOLLA *et al.* (2007, p. 496), “num primeiro momento a introdução do PAB produziu uma elevação dos recursos federais transferidos para a Atenção Básica para a maioria absoluta dos municípios brasileiros”. Mas, nos anos posteriores, houve uma defasagem do valor do PAB e uma baixa participação da esfera estadual no financiamento.

A ausência de um debate sobre medidas que diferenciassem as necessidades do financiamento levando em conta as desigualdades intermunicipais, fez com que, progressivamente, a busca da equidade no financiamento deste nível de atenção fosse se enfraquecendo. A não regulamentação e o não cumprimento das determinações da Emenda Constitucional 29/2000, principalmente pelos governos estaduais, estagnaram a implantação dos serviços de Atenção Básica e agravaram os problemas do financiamento do setor saúde.

Devido ao fato do PAB fixo ser a principal fonte de recursos federais para o financiamento da Atenção Básica, a ausência de reajustes dos valores do PAB fixo desde sua implantação até o início dos anos 2000, evidencia a não priorização do governo com este nível de atenção. Segundo SOLLA *et al.* (2007), o valor do PAB ficou sem reajuste desde sua implantação, em 1998. Situação semelhante ocorreu com os incentivos para Saúde da Família, que apresentavam os mesmos valores desde que haviam sido criados.

Nos anos de 1990, a ausência de priorização do financiamento do setor saúde, e consequentemente da Atenção Básica, era reflexo da Política Econômica adotada pelo governo federal, caracterizada pela predominância de uma política macroeconômica restritiva, cuja exigência de contenção dos gastos públicos para assegurar *superávit* primário e pagamento de juros da dívida comprometeu o financiamento das políticas sociais e, consequentemente, da saúde (MENDES, MARQUES, 2011).

Na tentativa de superar as lacunas das bases regulamentadoras do SUS, em 22 de fevereiro de 2006 o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 399, que divulga o Pacto pela Saúde 2006, e aprovou as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Posteriormente, publicou a Portaria nº 648/2006, que instituiu a Nova Política Nacional de Atenção Básica. A publicação desta portaria estabeleceu as diretrizes nacionais da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e afirmou que “o Pacto pela Vida definiu como prioridade consolidar e qualificar a Estratégia de Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006c, p.1).

Em consonância com a Política de Atenção Básica instituída pelo Ministério da Saúde, no ano de 2007 a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) lançou a Política Estadual de Atenção Básica (PEAB), a “Saúde da Família de Todos Nós”, na

qual definia Atenção Básica como prioridade. A PEAB avançou em alguns aspectos da gestão ao definir os quatro eixos de atuação da Diretoria de Atenção Básica da SESAB: Apoio Financeiro, Coordenação da Atenção Básica, Educação Permanente e Apoio Institucional (BAHIA, 2007).

A escolha por estudar esta Unidade Federativa se dá por três motivos: primeiro, pelo trabalho desenvolvido pela pesquisadora como Apoiadora Institucional da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DAB/SESAB), no ano de 2010. Segundo, por ser um estado com 417 municípios e ter os melhores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) da região Nordeste, com uma população estimada de 14.021.432 habitantes, segundo informações do Censo 2010. Por ocupar a 7ª posição no *ranking* nacional do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro e, paradoxalmente, ocupar a 19ª posição em relação ao PIB *per capita*. E, também, por ser um estado que, em 2007, instituiu financiamento estadual da Atenção Básica para todas as equipes de Saúde da Família, estendendo o repasse aos municípios com mais de 100 mil habitantes. Todos os municípios que aderiram a Estratégia de Saúde da Família (ESF) recebem o valor de R$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais) por equipe, independentemente dos seus indicadores socioeconômicos, populacionais e territoriais. Finalmente, o terceiro motivo é o fato de representantes da equipe gestora do sistema de saúde estadual já terem ocupado e, atualmente, ocuparem cargos no nível federal. Ou seja, ao atuarem no Ministério da Saúde, exercem o papel de reguladores do SUS, sendo responsáveis pela elaboração de estratégias e instrumentos que definam as bases e princípios fundamentais sobre os quais União, Estados e Municípios construirão a Atenção Básica.

Atualmente, observa-se uma forte influência das diretrizes políticas da AB definidas em nível federal na elaboração dos documentos que definem a política de Atenção Básica a ser desenvolvida pelos municípios. Desta forma, percebe-se que o governo federal, representado pelo Ministério da Saúde, cumpre sua função de elaborar estratégias e instrumentos que definam as bases e princípios fundamentais sobre os quais União, Estados e Municípios construiriam seus sistemas de saúde, ou seja, a regulação.

Ao se analisar a proposição da Política Nacional de Atenção Básica, observa-se que esta acontece de forma vertical, sendo induzida pelo financiamento. Ou seja, a

função de regulação exercida pelo Ministério da Saúde vem ocorrendo a partir da edição de inúmeras portarias atreladas ao financiamento da PNAB.

O Pacto pela Saúde, quando implantado, vislumbrava proporcionar uma maior autonomia dos gestores municipais, estabelecendo contratos de gestão entre os entes federativos. Entretanto, diversos autores apontam que mesmo após a implantação do Pacto, no âmbito da Atenção Básica, observa-se o desenvolvimento de uma "autonomia tutelada" ou "relativa", visto que a formulação das diretrizes da política acontece no nível federal e o repasse dos recursos financeiros adicionais só é efetuado mediante adesão do município à Estratégia da Saúde da Família (ESF) e outras políticas correlatas.

Diante deste cenário, emergiram as seguintes perguntas: houve problemas no esquema de financiamento que foi utilizado pelo gestor federal e estadual do SUS para a Atenção Básica, no período do Pacto pela Saúde, e em que grau este financiamento se relaciona à concepção de AB definida pela política de 2006 no SUS? Durante a pesquisa de campo e a revisão documental e de literatura, observou-se que os gestores municipais encontram dificuldades na estruturação das ações e serviços deste nível de atenção. Desta forma, desenvolveu-se este estudo com o objetivo de analisar as bases de financiamento federal e estadual no campo da Atenção Básica dos municípios baianos, evidenciando os conflitos presentes após a implantação do Pacto pela Saúde, bem como as incertezas que cerceiam seu financiamento.

Para alcançar o objetivo, organizou-se o trabalho da seguinte maneira: no primeiro capítulo, a introdução, contextualizou-se o objeto de estudo, o financiamento da Atenção Básica. A justificativa para sua realização, as mudanças na política nacional para este nível de atenção e a hipótese geral que os gestores municipais encontram dificuldades na estruturação das ações e serviços de Atenção Básica diante do papel e participação do Estado e do Ministério da Saúde em relação ao financiamento.

No segundo capítulo, apresentam-se os objetivos – geral e específicos – da pesquisa e a problemática do financiamento da AB nos municípios após a implantação do Pacto pela Saúde. A partir do capítulo terceiro, desenvolveu-se uma breve revisão sobre a Atenção Básica no Brasil, abrangendo os aspectos conceituais e de contexto histórico, que englobam as mudanças do financiamento e da política de saúde neste nível de atenção.

Assim, depois de explicitar as características estruturais da Atenção Básica no Brasil, adentra-se, nos capítulos seguintes, ao estudo sobre sua estruturação no Estado da Bahia, seu financiamento e as repercussões da implantação do Pacto pela Saúde nos municípios no tocante ao financiamento deste nível de atenção.

1 INTRODUÇÃO

A década de 1980, denominada "década perdida" no Brasil, é marcada pela estagnação econômica, evidenciada por uma forte retração industrial, baixo crescimento da economia, queda do Produto Interno Bruto (PIB) e desemprego elevado, sendo o período em que se forja o Sistema Único de Saúde (SUS). E, no contrafluxo da maioria dos países que dispunham de Sistemas de Proteção Social e que passaram a instituir políticas econômicas que seguiam as determinações do Consenso de Washington[1] – que transformava radicalmente a Seguridade Social nestes países –, instituiu-se o SUS, um Sistema Público de Saúde com princípios universalistas e que vislumbrava assegurar a Proteção Social dos cidadãos.

Nesta década foi homologada a Constituição Federal pelo Presidente da República, José Sarney, na qual se edificou a Seguridade Social, em três pilares: a assistência social, a previdência e a saúde. Quanto à saúde, no artigo 195, afirma-se que esta será financiada por toda sociedade, de forma direta e indireta, e pelas três esferas de governo (RIO GRANDE DO SUL, 2000, p. 12). No entanto, o texto constitucional não define a disposição e a alocação dos recursos financeiros para o SUS, situação que teve repercussões na oferta e na organização de ações e serviços do setor saúde.

As Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142, no ano de 1990 foram elaboradas no sentido de assegurar o financiamento do Sistema Público de Saúde. Entretanto, o então Presidente da República, Fernando Collor de Mello, num ato político-administrativo, vetou parágrafos importantes dos artigos 33 e 35 da Lei nº 8.080, os quais tratavam das transferências de recursos que financiariam as ações e serviços de saúde, e estipulavam o percentual a ser alocado pelos entes federativos.

---

[1] O Consenso de Washington foi um termo criado para designar um receituário de medidas econômicas prescritas aos países em desenvolvimento, a partir da década de 1990, aplicado, especialmente, na América Latina. As medidas apregoadas pelos defensores do Consenso para esses países foram: disciplina fiscal; reordenação das prioridades do gasto público; reforma fiscal; liberalização das taxas de juros; taxa de câmbio competitiva; liberalização do comércio; liberalização da entrada de investimento externo direto (IED); privatização; desregulamentação e direitos de propriedade. Essas medidas econômicas começaram a ser implantadas, paulatinamente, nos países em desenvolvimento, sendo que na América Latina elas foram impostas pelo FMI (Fundo Monetário Internacional), com promessas de crescimento econômico, desenvolvimento e inserção no mercado global. No Brasil este processo foi marcado pela escalada de privatizações, implantação do Plano Real e Reforma Gerencial do Estado (NAKATANI e OLIVEIRA, 2010; MENDES e MARQUES, 2010).

O financiamento da saúde é um dos temas mais debatidos e problemáticos no país, desde os anos de 1990 até os dias atuais. Alguns autores, ao analisarem a Política Econômica adotada pelo governo brasileiro nas últimas décadas, apontaram que assistimos ao predomínio de uma política macroeconômica restritiva, cuja exigência de contenção dos gastos públicos para assegurar *superávit* primário[2] e pagamento de juros da dívida comprometeu o financiamento das Políticas Sociais e, consequentemente, da saúde (DRAIBE, 2003; NAKATANI e OLIVEIRA, 2010; MENDES e MARQUES, 2012).

MENDES e MARQUES (2009) colocam que, na década de 1990, o país passou por situações de constrangimentos derivadas da Política Econômica dos governos brasileiros após o Plano Real[3], e que estas refletiram em ações que resultariam em menor disponibilidade de recursos para a Saúde Pública. Desta forma, é notória que a Política Econômica adotada pelos governos em nível federal tem acentuado a insuficiência dos recursos para o financiamento das ações e serviços de saúde no território brasileiro.

Desde a Declaração de Alma-Ata, na qual se estabeleceu como meta aos países "Saúde para Todos no Ano 2000", sugere-se aos governantes que adotem estratégias a fim de proporcionarem um nível de saúde para todos os cidadãos através dos Cuidados Primários à Saúde. A partir desta declaração, os serviços de saúde da Atenção Básica são considerados a base para organização de um novo modelo assistencial, que objetiva ter em seu centro o usuário-cidadão. (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

---

[2] O *superávit* primário se refere às contas do governo. Toda vez que ele acontece significa que a arrecadação do governo foi superior a seus gastos. Mas há um detalhe: no cálculo não são levados em consideração os juros e a correção monetária da dívida pública, deixados de lado porque não fazem parte da natureza operacional do governo - são consequências financeiras de ações anteriores. O resultado primário, seja ele superávit ou déficit, é um indicador de como o governo está administrando suas contas (WOLFFENBÜTTEL, 2007).

[3] Segundo NAKATANI e OLIVEIRA (2010), o Plano Real passou por duas fases distintas: a primeira, que vai de sua implementação, que começou ainda durante o Governo Itamar Franco, até a crise financeira de 1998; e a segunda, que tem início em 1999, com a mudança no regime fiscal e cambial e com a introdução da política de metas para a inflação, a partir de março deste mesmo ano. Este plano, que era um programa de estabilização da economia, foi marcado por alguns acertos e muitos desacertos, devido à opção por um modelo econômico de conteúdo neoliberal, num país onde são profundas as desigualdades sociais e acentuada a heterogeneidade estrutural de setores e regiões econômicas.

No Brasil, a partir da década de 1990, iniciam-se importantes mudanças nas Políticas Públicas de Saúde, em especial na Atenção Básica à Saúde. Em 1991, o Ministério da Saúde, inspirado na experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do Ceará, implantou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde e, no ano de 1994, instituiu o Programa de Saúde da Família, "como estratégia para promover a organização das ações de Atenção Básica à Saúde nos sistemas municipais" (SOUSA, 2002, p. 25).

Em 2006, com a publicação da Portaria nº 648/2006 – que estabelece as diretrizes nacionais da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – o Ministério da Saúde afirma que "o Pacto pela Vida definiu como prioridade consolidar e qualificar a Estratégia de Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde" (BRASIL, 2006b). Neste documento, verifica-se uma forte orientação para estruturação da Atenção Básica brasileira nos preceitos da *Primary Health Care*, que define os serviços de Atenção Primária à Saúde como o primeiro nível de assistência de um sistema de saúde. A *Primary Health Care*, ou Cuidado Primário à Saúde é a atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação (STARFIELD, 2002).

No ano de 2007, em consonância com a PNAB instituída pelo Ministério da Saúde, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) lançou a Política Estadual de Atenção Básica (PEAB), a "Saúde da Família de Todos Nós". A PEAB definia quatro eixos de atuação da Diretoria de Atenção Básica da SESAB, o Apoio Financeiro, a Coordenação da Atenção Básica, a Educação Permanente e o Apoio Institucional, com os quais vislumbrava mediante o desenvolvimento de sete projetos estratégicos – Expansão com Inclusão Social, Desprecarização dos Vínculos de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e trabalhadores da Saúde da Família, Carreira Saúde da Família, Saúde da Família pra Valer, O SUS é uma Escola, Fortalecimento da Gestão loco-regional e Fortalecimento do Controle Social – superar os problemas encontrados

na Atenção Básica do Estado quando iniciada a gestão neste mesmo período (BAHIA, 2007d, p. 18).

Ao se analisar os documentos oficiais que tratam da PEAB, observa-se haver consonância entre as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e os documentos que definem como será estruturada e organizada a Atenção Básica nos municípios do Estado da Bahia. À primeira vista, pode-se concluir que as gestões federal e estadual possuem um discurso semelhante ao tratar da Atenção Básica. Esta situação confirma o que alguns autores apontam sobre a Política Pública de Saúde e seu financiamento, isto é, que desde a sua implantação as definições sobre a política do setor se mantêm centralizadas no nível federal (ELIAS *et al*., 2001; MENDES, 2005; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008; CASTRO e MACHADO, 2010). SANTOS e ANDRADE (2009, p. 140), ao analisarem o financiamento da saúde nos anos de implementação do SUS, corroboram esta ideia e afirmam:

> Durante esses anos de implementação do SUS, o Ministério da Saúde editou uma excessiva e exaustiva legislação infralegal, com intuito de dar conformação administrativa a partir do financiamento da saúde. Toda essa regulação visava impor projetos e programas federais aos municípios e estados, e não configurar o sistema de saúde para sociedade.

As Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB) – instituídas em 1991 e 1993, respectivamente, e formadas paritariamente por representantes do MS, representantes dos Secretários Estaduais de Saúde indicados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e representantes dos Secretários Municipais de Saúde indicados pelo Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) – seriam as instâncias nas quais se debateria e negociaria o processo de formulação e implementação da Política de Saúde (NORONHA *et al*., 2008). No entanto, apesar da existência destas instâncias, a concentração de poder e a centralização da formulação da Política de Saúde em nível federal são notórias, o Ministério da Saúde elabora as propostas (programas, projetos, políticas, etc) e negocia os detalhes nos Grupos Técnicos da CIT, desta forma, a comunicação entre a União, e a maioria dos Municípios tem se dado através da publicação de resoluções e portarias que definem quais e que tipos de ações e serviços serão financiados no SUS.

As publicações das Normas Operacionais Básicas (NOB) 01/93 e 01/96 e da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) são exemplos de verticalização das

definições sobre o financiamento das Políticas de Saúde. Ao se estudar o cenário em que se estruturou o financiamento da saúde, optou-se por trazer à cena o debate sobre recursos destinados à Atenção Básica, já que a partir da implementação da Norma Operacional Básica 01/96, 90% dos municípios brasileiros estavam habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica. E com a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002, ampliaram-se as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, tornando-os responsáveis pelo planejamento e execução dos serviços e ações deste nível de atenção à saúde (SANTOS e ANDRADE, 2009). À primeira vista, observa-se que, na maioria dos estados e municípios, a organização do SUS tem sido pautada e determinada pelas regras do financiamento de programas, projetos, incentivos a programas definidos no nível federal.

Para SANTOS e ANDRADE (2009), desde a implantação do SUS observa-se um esgotamento dos modelos de regulamentação da organização e funcionamento do sistema de saúde. Diante deste cenário, os autores anteriormente citados, afirmam que foi necessário retomar o debate sobre o processo de descentralização, reconhecendo que o SUS é um exemplo de federalismo cooperativo, no qual os interesses entre os entes são comuns e indissociáveis e deveriam ser harmonizados em nome dos interesses local, regional, estadual e nacional.

O Ministério da Saúde, atento à necessidade de mudar o modelo de gestão do sistema de saúde brasileiro, retoma a agenda da descentralização e regionalização da saúde – diretrizes constitucionais do SUS – ao implementar o Pacto pela Saúde, em 2006, vislumbrando proporcionar uma maior autonomia dos gestores municipais e estabelecendo contratos de gestão entre os entes federativos. Entretanto, diversos autores apontam que, mesmo após a implantação do Pacto, no âmbito da Atenção Básica, observa-se o desenvolvimento de uma “autonomia tutelada” ou “relativa”, visto que a formulação das diretrizes da política acontece no nível federal e o repasse dos recursos financeiros adicionais só é efetuado mediante adesão do município à Saúde da Família.

Diante disso, algumas questões emergem deste enfoque: **qual a concepção de Atenção Básica proposta pelo Pacto? Houve problemas no esquema de financiamento que vem sendo utilizado pelo gestor federal do SUS para a Atenção Básica nos municípios no período do Pacto pela Saúde? Em que grau esse**

financiamento se relaciona a concepção de Atenção Básica definida pela Política de Atenção Básica (PNAB) no SUS? Estariam os municípios conseguindo receber e manter estável o financiamento da Atenção Básica, recebendo fundo a fundo os recursos do Piso da Atenção Básica (PAB) variável? Como o Estado da Bahia, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, tem cooperado financeiramente para implementação da Política de Atenção Básica?

A hipótese da pesquisadora é que os gestores municipais encontram dificuldades na estruturação das ações e serviços de Atenção Básica, diante do papel e participação da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e do Ministério da Saúde (MS) em relação ao financiamento, restrito à lógica apenas de repasses de incentivos financeiros. Para desvelar esta realidade, propõe-se a realização deste estudo para compreender como e onde acontece a definição do financiamento da Atenção Básica e qual o impacto desta definição no planejamento local das ações e serviços de saúde, a partir dos seguintes aspectos: a magnitude do recurso diante das necessidades dos municípios para o financiamento da Atenção Básica, os critérios para alocação dos recursos e a alimentação dos sistemas de informação.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as bases de financiamento do SUS no campo da Atenção Básica dos municípios, evidenciando os conflitos presentes após a implantação do Pacto pela Saúde, bem como as incertezas que cerceiam seu financiamento.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os fundamentos e conceitos que influenciaram a estruturação da Atenção Básica brasileira, em especial no período do Pacto pela Saúde.
- Compreender as características estruturais da Atenção Básica e os mecanismos utilizados para sua regulação, reconhecendo o papel central do financiamento, principalmente ao longo do período de implementação do Pacto pela Saúde.
- Analisar as resoluções federais e estaduais (Bahia) que estabelecem os critérios para os municípios aderirem aos programas e receberem os incentivos federais e estaduais para estruturação e organização do financiamento da Atenção Básica.
- Compreender as diferentes propostas dos gestores federal e estadual (Bahia) sobre o financiamento, entendendo suas repercussões na estruturação da Atenção Básica dos municípios.

3 A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: ASPECTOS CONCEITUAIS E DE CONTEXTO

Neste estudo serão utilizados como sinônimos os conceitos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica, pois "há uma frequente discussão acerca da terminologia para designar o primeiro nível de atenção à saúde. [...] E a expressão Atenção Básica (AB) foi oficializada pelo governo brasileiro, que passou a denominar assim suas secretarias e documentos oficiais" (MELLO *et al*., 2009, p. 205).

Diante da emergência e valorização da Atenção Básica, impulsionada pela publicação e implantação das NOB 01/96 e a NOAS 01/2002 e, recentemente, com a Portaria nº 399, de 2006 – que institui o Pacto pela Saúde – desenvolveu-se, neste item, uma breve revisão dos aspectos conceituais e do contexto histórico no qual se implementou a Política de Atenção Básica. Realizou-se esta revisão pretendendo compreender em que grau o financiamento das Políticas Públicas de Saúde influencia a concepção de Atenção Básica definida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no SUS.

3.1 A PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

No Brasil, o debate sobre Atenção Primária à Saúde (APS) já estava na agenda da reforma setorial desde meados de 1970. E, nas décadas seguintes, de 1980 e 1990, houve uma valorização da Atenção Primária à Saúde no processo de Reforma do Sistema de Saúde brasileiro (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008; CASTRO e MACHADO, 2010).

RIBEIRO (2007), em seu estudo sobre a "Atenção Primária e o Sistema de Saúde no Brasil", faz uma reconstrução histórica do modo como este conceito entrou na formulação do sistema de saúde. Para analisar os principais aspectos conceituais e de contexto da Atenção Básica brasileira, a pesquisadora baseou-se na proposta de periodização elaborada pela autora supramencionada, com recorte da década de 1970, até o período de implantação do Pacto Pela Saúde, no ano de 2006. Optou-se por esta década devido a sua importância na construção da Política de Atenção Básica brasileira.

3.1.1 A Influência da Década de 1970 na Estruturação da Atenção Básica

A partir da década de 1970, surgem algumas experiências da **Medicina Comunitária** no cenário brasileiro, sendo que a maioria delas surgiu nos Departamentos de Medicina Preventiva das Escolas Médicas. E, por meio de atividades de extensão acadêmica, prestação de serviços de saúde em comunidades urbanas e rurais, programas de residências em medicina comunitária ou medicina preventiva, muitas escolas desenvolveram propostas de reforma da saúde como política social.

As principais características da Medicina Comunitária eram: resgatar a preocupação com a saúde dos grupos populacionais, embora restrita à preocupação com a população local, não se remetendo aos contextos sociais mais amplos; desenvolver as ações preventivas e curativas, vistas como serviços básicos que são oferecidas universalmente, especialmente aos grupos vulneráveis e de risco; estruturar os serviços de maneira hierarquizada: os serviços de Atenção Primária, de natureza simplificada, funcionam como porta de entrada do sistema; contratação de pessoal auxiliar treinado, orientado por profissionais de nível superior, visando à extensão de cobertura, inclusão de práticas médicas alternativas, o aumento da eficácia e da aceitação da população e revisão da tecnologia incorporada, objetivando redução de custos; a participação comunitária é incentivada, como forma de envolver a população na solução dos seus problemas (MERHY *et al*., 2004). Desta forma, observa-se que este modelo muito se assemelha à proposta assistencial brasileira, iniciada com a implantação do Programa Saúde da Família em 1994, que tem a Atenção Básica como base do Sistema de Saúde.

No Brasil, segundo GIOVANELLA e MENDONÇA (2008), a APS entra na pauta da saúde brasileira a partir da década de 1970, baseada nas experiências relatadas pela academia e com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Este programa era financiado com recursos do Fundo de Apoio Social, o qual destinava recursos tanto para construção de unidades básicas de saúde, quanto para convênios entre os entes federativos, vislumbrando implantar serviços de Atenção Primária à Saúde.

O PIASS tinha como objetivo a organização de uma estrutura básica de saúde nos Municípios com até 20.000 (vinte mil) habitantes, utilizando pessoal de nível

auxiliar e da própria comunidade, ou seja, tratava-se de um programa de interiorização do atendimento, buscando maior eficiência e baixos custos. Contudo, para PUGIN e NASCIMENTO (1996), os resultados do PIASS resumiram-se, basicamente, à ampliação da rede física instalada para o atendimento da população, sem que houvesse um maior investimento na melhoria das ações de saúde, com escassez de recursos para implantação do programa.

Segundo MÜLLER- NETO (1991), em meados da década de 70 surge algumas experiências de organização de serviços e de formulação de políticas locais de saúde. Estas experiências, segundo o autor anteriormente citado, aconteceram em prefeituras governadas pela oposição ao regime militar, que implantaram modelos alternativos e organização de serviços voltados para a Atenção Primária, cujo objetivo consistia na extensão dos serviços básicos para toda a população. Os municípios que se destacaram por tais experiências foram: Campinas (SP), Lages (SC), Londrina (PR), Niterói (RJ), Piracicaba (SP), Montes Claros (MG), Capim Branco (MG) e Porto Nacional (GO).

Já no cenário internacional, dois grandes eventos marcaram o debate sobre a saúde no mundo, a Trigésima Reunião da Assembleia Mundial de Saúde e a I Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde. Na 30ª Reunião da Assembleia Mundial de Saúde, que aconteceu no ano de 1977, foi acordado entre os governos participantes que estes teriam como principal meta social “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo um nível de saúde no ano de 2000 que lhes permitiria levar vida social e economicamente produtiva” (STARFIELD, 2002, p. 30). Este *slogan* desencadeou uma série de atividades que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da Atenção Primária (STARFIELD, 2002).

A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no ano de 1978 em Alma-Ata, é considerada como um dos eventos mais significativos para a Saúde Pública em termos mundiais. Nela ecoaram os questionamentos dos modelos verticais de intervenção da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o combate às endemias nos países em desenvolvimento, em especial na África e na América Latina, e do modelo médico hegemônico cada vez mais especializado e intervencionista (CZERESNIA e FREITAS, 2003; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A conferência de Alma-Ata foi um importante evento para a agenda da saúde mundial, na qual estiveram presentes 134 (cento e trinta e quatro) representações governamentais. Segundo GIOVANELLA e MENDONÇA (2008, p. 578),
"a Declaração de Alma-Ata afirma a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, reiterando a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais".

A Organização Mundial da Saúde (1978) *apud* STARFIELD (2002, p. 30) aponta que na Assembleia Mundial de Saúde, subsequente à de Alma-Ata, realizada no ano de 1979, definiu-se a Atenção Primária como:

> Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É a parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, construindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

A agenda da saúde, em especial da Atenção Primária a Saúde, foi bastante movimentada, com diversos eventos e conferências em defesa "da saúde de todos". No entanto, alguns autores (FRANCO e MERHY, 2003; MATTOS, 2001) apontam que as metas estabelecidas para todos os países na Conferência de Alma-Ata não foram alcançadas plenamente, tendo em vista as crises econômicas mundiais e as reformas administrativas realizadas em muitos países. Apesar do não cumprimento das metas, a APS tornou-se uma referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países nos anos de 1980 e 1990 (MATTOS, 2001).

3.1.2 A Década de 1980: as transformações da Atenção Básica de 1980 a 1994

No Brasil, diversos programas foram instituídos visando estender o atendimento à saúde da população, em especial os serviços básicos de saúde. Em março de 1980, foi

realizada a 7ª Conferência Nacional de Saúde, sob a influência das definições da Conferência de Alma-Ata, cujo tema era "Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos". Nesta conferência, debateu-se a implantação e o desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsaúde). O Prevsaúde tinha como objetivos:

> a universalização da cobertura de serviços básicos; a articulação das diversas instituições do setor saúde para a oferta de serviços; a hierarquização da oferta de serviços por níveis de complexidade, tendo a atenção primária como porta de entrada; a regionalização dos serviços; a utilização de técnicas simplificadas; e, a participação comunitária. Para o cumprimento desses objetivos, propunha-se o privilegiamento da expansão da rede pública, especialmente de serviços básicos, bem como o incentivo ao regime de tempo integral e dedicação exclusiva e a definição de planos estaduais de cargos e salários, entre outros (BRASIL, 2006e, p. 103).

Este programa enfrentou uma forte resistência, e muitas versões do Prevsaúde foram elaboradas – no entanto, nunca implementadas - até o seu arquivamento, em 1981. Neste mesmo ano, diante da publicização da "crise da previdência", o governo federal, através do Decreto nº 86.329, de 02 de setembro de 1981, criou o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp). Este conselho tinha como responsabilidade a elaboração e a proposição de alternativas racionalizadoras para conter os gastos da Previdência Social com Assistência Médica.

Em 1983, inicia-se um programa que dispara o processo de universalização da assistência médica, o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS). A partir da implantação do PAIS, "as prefeituras passaram receber por produção e, financiadas pelo Inamps, ofereceram atendimento a toda população, independente da existência de vínculo previdenciário" (ESCOREL, 2008, p. 422). Este programa foi um avanço da Política Pública de Saúde brasileira, deixando o caráter excludente e assumindo um discurso universalista.

No ano de 1984, o Programa de Ações Integradas de Saúde foi transformado em Ações Integradas de Saúde (AIS). Em 1985, a implementação das AIS "propiciou uma importante ampliação da cobertura de serviços Básicos de Saúde, com a criação de unidades municipais de saúde em grande parte dos municípios brasileiros" (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008, p. 598).

O governo federal adotou as ações integradas como estratégia de reordenamento da Política Nacional de Saúde, tendo como princípios gerais, para a Atenção Básica, a

valorização das atividades básicas e a garantia de referência. Com isso, “postos e centros de saúde passaram a oferecer assistência médica, além dos tradicionais programas de Saúde Pública” (ESCOREL, 2008, p. 423).

Segundo NASCIMENTO (2007), a partir do depoimento de alguns técnicos e dirigentes ligados aos órgãos de decisão, que atuavam nos governos estaduais e municipais na época sobre as Ações Integradas de Saúde, constata-se posição unânime ao afirmarem que as AIS constituíram um grande impulso para desencadear o movimento de descentralização, pois tinham como pressuposto a integração programática entre as organizações de saúde de âmbito federal, estadual e municipal, a partir de repasses financeiros do Inamps para a rede pública.

Na literatura, consta que neste período o processo de descentralização dependia da “vontade política” dos governantes municipais em assumir e investir nos serviços de baixa complexidade, ou seja, na Atenção Primária à Saúde. Entretanto, a proposta da descentralização caminhava para responsabilização da gestão municipal pela Atenção Básica, o que esboçava uma definição de atribuições e competência das esferas de governo no setor saúde (NASCIMENTO, 2007).

No ano de 1987, é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), considerado uma consolidação das Ações Integradas de Saúde (AIS). A justificativa para implantação do SUDS consistia na avaliação positiva do cumprimento de algumas metas das AIS, como a de expandir a capacidade da rede pública ambulatorial.

O SUDS diferenciou-se das ações integradas por definir claramente as competências entre as esferas de governo, adotando como diretrizes a regionalização dos serviços de saúde, a implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde e o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras. Enfatizou os mecanismos de programação e orçamentação integradas e as decisões colegiadas tomadas no âmbito das Comissões Interinstitucionais. No entanto, sua implantação encontrou dificuldades devido à dominância de problemas administrativos (infraestrutura e político-gerencial), resistências de agentes das práticas de saúde – particularmente dos médicos – que dificultaram o avanço desta dimensão da gestão, centralização dos recursos financeiros para saúde na gestão federal e estadual, bem

como repasses atrasados e com valores desatualizados (PAIM, 1989; MERCADANTE, *et al.*, 2002; NASCIMENTO, 2007).

A implantação do SUDS ocorreu na contramão do que acontecia no mundo, o avanço das formulações neoliberais do Banco Mundial, referentes ao ajuste estrutural e redução do papel do Estado na oferta de bens e serviços sociais e na economia. Segundo MATTOS (2001, p. 386), "os autores de *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*, por exemplo, criticavam duramente os governos que viam a saúde como um direito e tentavam assegurar gratuitamente o acesso universal a todos os serviços".

No ano de 1988, o Brasil realiza a reforma do modelo de assistência pública à saúde com a inscrição do Capítulo II na Constituição Federal, que trata da Seguridade Social e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este novo modelo define como diretrizes do sistema de saúde a universalidade das ações, a descentralização e a organização dos serviços sob os princípios da integralidade, da regionalização e hierarquização para a organização do SUS.

Na década de 1990, o desenvolvimento do SUS foi marcado por um intenso processo de descentralização das responsabilidades de gestão e dos recursos financeiros do governo federal para os municípios. MENDES (2005, p. 4) afirma que:

> A lógica que norteou a decisão do Ministério da Saúde foi a da reorganização do modelo assistencial do SUS, no qual o município passava a ser o principal executor. [...] o Ministério estimulou o enquadramento dos municípios nos níveis de gestão mais qualificados nas dimensões institucionais, operacionais e de responsabilidades em ações e serviços de saúde, como as estabelecidas na Norma Operacional Básica 93, sob a denominação de gestão semiplena [...].

É nesse período que processo de descentralização da saúde, com base na municipalização, ganha força.

Ainda nesta década, em especial a partir da segunda metade, o Ministério da Saúde adotou uma série de medidas governamentais voltadas para o fortalecimento da Atenção Básica (ESCOREL, *et al.*, 2007). Em 1991, o governo federal decide por implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

No ano de 1993, o PACS abrangia treze estados das regiões Norte e Nordeste. Já no ano seguinte, 1994, o programa estava implantado em 987 municípios de estados das

regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Mas, outras experiências já estavam sendo implantadas, como o Programa Médico de Família, desenvolvido a partir de 1992 em Niterói (RJ), com estrutura semelhante à medicina da família implantada em Cuba (BRASIL, 2005).

A experiência bem-sucedida do Ceará estimulou o Ministério da Saúde a propor o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, vinculado à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), implantado, inicialmente, na Região Nordeste e, em seguida, na Região Norte, como medida de enfrentamento dos graves índices de morbimortalidade materna e infantil nestas regiões do país (BRASIL, 2005). Em reunião convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde, Henrique Santillo, com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e realizada nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília, criou-se o PSF. Nesta reunião, avaliou-se a proposta de incorporar novos profissionais às equipes do PACS, para que os agentes não funcionassem de forma isolada (ROSA e LABATE, 2005).

Segundo BRASIL (2003), após a implantação do PACS, iniciou-se a formulação das diretrizes do Programa Saúde da Família e, em março de 1994, este programa foi apresentado como a estratégia capaz de provocar mudanças no modelo assistencial, ao romper com o comportamento passivo das Unidades Básicas de Saúde e estender suas ações junto à comunidade.

A Atenção Básica, no Brasil, era caracterizada pelo governo federal como "conjunto de ações de saúde, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação" (BRASIL, 1999, p. 9). Essa definição de Atenção Básica, para RIBEIRO (2007), poderia trazer prejuízos para o desenvolvimento da Política de Saúde, pois ela estava vinculada a critérios de financiamento de um pacote de ações e serviços, o que, na visão da autora, poderia levar a interpretações reducionistas das responsabilidades deste nível de atenção.

Desde a implantação do SUS, o poder executivo brasileiro vem adotando como estratégia para reorganização e reordenamento do Sistema de Saúde, a estruturação e ampliação de serviços e ações de Atenção Básica, ao passo que vem aumentando o financiamento deste nível de atenção, ainda que se mantenha uma elevada concentração de recursos no financiamento da média e alta complexidade. As justificativas para

adoção destas medidas baseiam-se na necessidade de mudança no modelo de atenção, na perspectiva de alcançar melhores resultados nos indicadores de saúde e organização da rede assistencial.

BAPTISTA *et al.* (2009, p. 1024) nos fazem apontamentos importantes acerca do PSF:

> Não há dúvidas de que o PSF teve papel fundamental no resgate da APS no Brasil, não somente na agenda da política nacional, mas também na agenda da produção acadêmica [...] Uma vez que a política ainda está em fase de implementação, faz-se necessário investir em pesquisas que apontem para a qualificação da APS no sistema de saúde brasileiro, na capacidade resolutiva do modelo centrado na APS, já que este é o principal argumento para o direcionamento dos investimentos recentes feitos pelo Estado no setor de saúde.

Em 1994, o PSF não representava uma proposta de substituição do PACS, pois sua implantação privilegiava áreas de maior risco social, inicialmente, população residente nas localidades delimitadas no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e, posteriormente, nos municípios inseridos no Programa Comunidade Solidária ou no Programa de Redução da Mortalidade Infantil. No ano posterior, 1995, o PACS e o PSF foram transferidos da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), onde permaneceram até meados de 1999, quando novamente os programas mudaram de localização institucional, passando para a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde (BRASIL, 2005).

Ao analisar a literatura que trata do processo de estruturação da Atenção Básica brasileira, observa-se que, até 1995, esta é tratada como programa e não como Política Pública de Saúde.

3.1.3 A Década de 1990: a Norma Operacional Básica de 1996 e as mudanças da política de Atenção Básica

A década de 1990 constitui-se num período de intensa normatização legal da Atenção Básica. No ano de 1996, com a publicação da Norma Operacional Básica de 1996, conhecida como NOB/96, introduziu-se o Piso da Atenção Básica (PAB). A

implantação do PAB trouxe como principal novidade a transferência regular e automática de recursos financeiros, com repasse federal feito diretamente aos municípios, cujo objetivo era incentivar os gestores municipais a assumirem, progressivamente, a gestão da rede básica de serviços de saúde (BODSTEIN, 2002).

Neste sentido, observa-se que um poderoso mecanismo de indução utilizado pelo governo federal para priorizar a Atenção Básica foi a adoção dos Programas Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde, como estratégia de reorganização deste nível de atenção.

BODSTEIN (2002, p. 407) corrobora esta ideia, ao afirmar que: "O principal incentivo é o financeiro, decisivo para o cálculo político dos gestores municipais em prol da adesão".

Diante a evolução do processo de descentralização, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) afirmou que o ano de 1998 foi um marco no processo de consolidação do PSF, visto que o programa foi definido como estratégia estruturante para a organização do sistema de saúde. Neste ano, o PAB entrou em vigor e alterou a lógica de repasse de recursos federais para o sistema de prestação de ações médico-sanitárias, o que se constituiu como uma medida decisiva para descentralização financeira do sistema de saúde no Brasil, incentivando os municípios a assumirem, progressivamente, a gestão da rede básica de serviços de saúde (BODSTEIN, 2002; BRASIL, 2003).

Ao implantar o PAB, o Programa Saúde da Família passou a ter orçamento próprio, sendo incluído no Plano Plurianual do Governo Federal, no ano de 1998. Contudo, era preciso definir as responsabilidades dos municípios neste nível de atenção e, em 1999, o Ministério da Saúde publicou o "Manual para Organização da Atenção Básica no SUS" e implantou o Pacto de Indicadores da Atenção Básica[4].

Uma estratégia importante adotada pelo Ministério da Saúde foi a criação do Departamento de Atenção Básica (DAB) para consolidar a Saúde da Família, no ano de 1999. O Ministério da Saúde define o DAB como uma:

> [...] estrutura vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde, no Ministério da Saúde, tem a missão institucional de operacionalizar essa política no âmbito da gestão federal do SUS. A execução dessa política é compartilhada por

[4] Instrumento de negociação de metas e ações orientadas para os problemas identificados como prioritários. Imprime maior visibilidade as ações desenvolvidas pelos municípios habilitados a uma das condições de gestão do SUS, segundo NOB/96. Explicita as responsabilidades de cada uma das instâncias, estabelecendo como espaço de negociação, monitoramento e avaliação dos compromissos firmados às CIB e CIT (BRASIL, 2000).

> estados, Distrito Federal e municípios. Ao DAB cabe, ainda, desenvolver mecanismos de controle e avaliação, prestar cooperação técnica a estas instâncias de gestão na implementação e organização da estratégia Saúde da Família e ações de atendimento básico como o de Saúde Bucal, de Diabetes e Hipertensão, de Alimentação e Nutrição, de Gestão e Estratégia e de Avaliação e Acompanhamento (BRASIL, 2010a).

Ao longo desta década, houve uma expansão significativa do PSF, pois segundo informações do Ministério da Saúde:

> Se nos primeiros quatro anos de sua implantação, o PSF abrangia 3,51% da população brasileira, ao final de 1998, este percentual atingiu 6,57%. Em dezembro de 1999, existiam 4.114 equipes de Saúde da Família, atuando em 1.646 municípios, que representam 29,9% dos municípios brasileiros. Eram aproximadamente 14 milhões de pessoas acompanhadas pelo programa, representando 8,8% da população do país. Em setembro de 2002, esses números cresceram significativamente: são 16.463 equipes, em 4.161 municípios, assistindo 54 milhões de pessoas (BRASIL, 2003, p. 124).

Cabe ressaltar que, no documento publicado em janeiro de 2001, pela primeira vez o Ministério da Saúde conceitua o PSF como uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e família (BRASIL, 2001b). A partir de então, a Saúde da Família, desenhada inicialmente como um programa, passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde. (BRASIL, 2005).

3.1.4 A Década de 2000

Apesar da expansão do PSF no território brasileiro nos últimos 19 anos, não houve e nem há uma consolidação uniforme deste programa. A implantação ocorre de forma heterogênea, em especial nos municípios cujo número de habitantes não esteja em faixas extremas, muito pequenos ou grandes (CAMPOS, 2002).

Diante deste cenário, o Ministério da Saúde, no ano de 2003, inicia a execução do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESF), cujo objetivo era viabilizar, a partir de um acordo de empréstimo celebrado com o Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), a transferência de recursos financeiros, fundo a fundo, isto é, de estados e municípios,

para expansão da cobertura, qualificação e consolidação da Estratégia Saúde da Família nos municípios com população superior a 100 mil habitantes.

No ano de 2004, o PSF abrangia 80,2% dos municípios brasileiros, ou seja, 4.600 municípios, proporcionado uma cobertura de 39% da população, o que corresponderia a 69,1 milhões de pessoas. Quando publicada a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no ano de 2006, foram implantadas 26.729 Equipes de Saúde da Família, em 5.106 municípios, cobrindo 46,2% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 85,7 milhões de pessoas.

A nova PNAB de 2006 define a Atenção Básica como:

> [...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde [...] Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b, p. 10).

Ao se analisar a definição da nova política, observou-se que esta é fortemente influenciada pelos princípios da Atenção Primária à Saúde. Segundo HARZHEIM *et al.* (2006), a definição da APS, defendida por Barbara Starfield, vem sendo muito utilizada em estudos e pesquisas, e inclusive pelo Ministério da Saúde. ESCOREL *et al.* (2007, p. 165) ratificam a ideia, ao afirmarem que "a estratégia de saúde da família incorpora os princípios e se aproxima dos pressupostos da atenção primária em saúde dimensionados por Starfield [...], buscando romper com a noção de uma atenção de baixo custo simplificada".

Atualmente, o principal modelo de estruturação da Atenção Básica, proposto pelo governo federal, tem sido a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é fortemente influenciada pelos preceitos da Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, com base neste referencial teórico, um Sistema de Saúde orientado pela APS tem como **valores** o direito à saúde, equidade, integralidade, participação e controle social; como **princípios**, a integralidade, resolutivo às necessidade e orientado pela qualidade da atenção; e, como **atribuições**, o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a

continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema.

Apesar dos avanços ocorridos desde sua implantação, o programa – hoje estratégia – enfrenta alguns desafios para sua consolidação, entre eles destacam-se:

- **recursos humanos:** a consolidação da ESF está condicionada à existência de profissionais com conhecimentos, atitudes e habilidades adequados ao novo modelo, capazes de uma prática multiprofissional e interdisciplinar, para compor a rede de serviços do SUS;
- **natureza do modelo de atenção:** nosso modelo de atenção ainda é marcado pela hegemonia dos interesses da corporação médica, das indústrias e dos serviços privados de saúde;
- **financiamento:** embora os municípios recebam recursos federais, o financiamento da ESF ocorre, essencialmente, por meio de recursos próprios.

Embora a Atenção Básica seja prioridade na agenda do SUS, os recursos destinados a ela são menores dos que os repassados à Atenção Hospitalar e Especializada. As transferências federais, ainda na lógica de incentivo, mantêm o padrão de vinculação dos recursos financeiros mediante adesão a programas estratégicos propostos pelo Ministério da Saúde. Neste sentido, desde 1988, período que vai da aprovação da nova Constituição Federal até os dias de hoje, apresentam-se como questões complexas dois grandes eixos: a descentralização político-administrativa e a organização da atenção à saúde em seus diversos níveis de atenção.

3.2 O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Na década de 1990, observa-se um importante aumento no financiamento da Atenção Básica, em especial dos recursos do Piso da Atenção Básica variável (PAB variável). Entretanto, o repasse de recursos para estruturação da rede de serviços da Atenção Básica no território brasileiro não levou em consideração as diferenças e diversidades loco-regionais, colocando o Acre e o Rio Grande do Sul nas mesmas condições técnicas e financeiras para organização da sua rede assistencial.

Mas, a partir da segunda metade da década de 1990, o SUS buscou orientar a Política de Saúde para Atenção Básica, adotando uma série de medidas governamentais, como regulamentação e o financiamento das ações e serviços deste nível de atenção. Ao longo da história do Sistema Único de Saúde observa-se que, desde sua constituição, a maioria das "tentativas de organização do sistema foram pautadas pelo financiamento federal" (SANTOS e ANDRADE, 2009, p. 27).

Em 1992, o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, precursor do PSF, foi implementado por meio de convênio entre a Funasa/Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, que previa repasses de recursos para custeio do programa e o pagamento, sob a forma de bolsa, no valor de um salário mínimo mensal aos agentes. Já em 1994, o Ministério da Saúde divulgou o primeiro documento sobre o PSF, definindo o convênio entre o nível federal, estados e municípios, com o mecanismo de financiamento, exigências de contrapartidas e critérios de seleção de municípios. Para assinatura do convênio, exigia-se que estivessem em funcionamento tanto o Conselho Municipal de Saúde quanto o Fundo Municipal de Saúde (BRASIL, 2005).

A transferência do PSF da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência à Saúde, em 1995, segundo VIANNA e DAL POZ (1998), significou um rompimento com a ideia de programa vertical, operado através de convênio, prática comum na Funasa. A partir de janeiro de 1996, o PSF passou a ser remunerado pela tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do SUS, mas de forma diferenciada: "a consulta do PSF equivale ao dobro da consulta do SUS" (VIANA e DAL POZ, 1998, p. 23).

Entretanto, é importante destacar que a maioria dos municípios brasileiros apresenta dificuldades na geração de receitas próprias para o custeio das ações e serviços de saúde, assim como apresenta diferentes capacidades administrativas e operacionais para organizar seu sistema de saúde local. NORONHA *et al.* (2008), baseados em dados da estimativa populacional de 2003 realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), elaboraram uma tabela com a distribuição da população e dos municípios por faixa populacional:

Tabela 1 - Distribuição da população e dos municípios segundo faixa populacional, Brasil, 2003.

Faixa (por habitante)	População 2003		Municípios	
	Pop. Total	Dist.%	N	Dist.%
Até 10.000	14.008.250	7,92	2.681	48,22
De 10.00o a 20.000	19.212.149	10,86	1.341	24,12
De 20.000 a 50.000	29.733.362	16,81	990	17,81
De 50.000 a 100.00	21.674.649	12,25	309	5,56
De 100.000 a 1.000.000	55.574.057	31,42	225	4,05
Mais de 1.000.000	36.668.970	20,73	14	0,25
Total	176.871.437	100,00	5.560	100,00

Fonte: NORONHA *et al.* (2008); IBGE - Estimativa populacional 2003.

Os dados acima (Tabela 1) indicam a existência de uma grande heterogeneidade do território brasileiro e trazem consigo um grande desafio para os gestores do SUS que é pensar, planejar e implementar uma Política Pública de Saúde que considere as especificidades regionais.

Quando iniciado o processo de descentralização da responsabilidade em executar e financiar a rede de serviços de saúde, os estados e, principalmente os municípios, tiveram que adequar seus planos de saúde para ampliar os recursos financeiros e cumprir com as atribuições definidas nas leis, normas, portarias e resoluções regulamentadoras do SUS. No âmbito do financiamento, para regulamentar o processo de descentralização – diretriz estruturante do sistema – o Ministério da Saúde editou as Normas Operacionais Básicas nº 01/91 e 01/96.

As normas operacionais são "regras de organização e financiamento do SUS ditadas pelo Ministério da Saúde mediante portarias, com anexos que detalhavam os procedimentos a ser observados pelos estados e municípios interessados nas transferências financeiras federais" (SANTOS e ANDRADE, 2009, p. 35). Para SCATENA e TANAKA (2001), as NOBs deveriam ser instrumentos que definissem as bases e princípios fundamentais sobre os quais União, Estados e Municípios

construiriam seus Sistemas de Saúde, ou seja, teriam um papel de reguladoras do sistema. No entanto, os autores apontam que as NOBs estariam transcendo o seu papel:

> Ao buscar cobrir todo o complexo universo do SUS, das condições de gestão ao financiamento, do modelo de atenção à programação e avaliação, das relações entre os sistemas locais de saúde ao custeio das várias ações previstas, as normas estão cada vez mais extensas, complexas e abrangentes. Essa situação permite supor que as NOBs estão se configurando como instrumentos definidores do modelo de atenção à saúde e direcionadores de políticas públicas para o setor saúde, transcendendo o seu papel regulador (SCATENA e TANAKA, 2001, p. 69).

Com a edição destas normas, a lógica do financiamento da saúde passou a ser quase exclusivamente pelo critério de produção, projetos e programas, salvo alguma parcela dos recursos – como caso da Atenção Básica, que passou a ser repassado pelo sistema *per capita* (SANTOS e ANDRADE, 2009). BUENO e MERHY (1997, p. 2), corroboram esta ideia e afirmam que a norma operacional, já na sua primeira versão, a NOB 91, apresentou dois importantes retrocessos: não conseguir regulamentar o artigo 35 da Lei nº 8.080 – que tratava das transferências de recursos a estados e municípios – e construir as diretrizes do financiamento a partir do pagamento por procedimentos e sob a forma de convênio, transformando os sistemas estaduais e municipais de saúde em meros prestadores de serviços, cerceando suas prerrogativas de gestão nos distintos níveis de governo.

A NOB01/96 apresentou algum avanço no campo “regulatório” do SUS, ao definir os papéis de cada nível de governo no processo de gestão e aumentar as transferências diretas de recursos fundo a fundo. Mas, segundo BUENO e MERHY (1997), a norma apresentou alguns equívocos no seu processo de construção, os quais, para os autores, poderiam retardar os avanços na qualidade da assistência e na construção de um novo modelo assistencial que privilegiasse a vida e a construção da cidadania.

Desta forma, muitos foram os estudos que apontaram a NOB/96 como lesiva ao princípio da autonomia do município (prevista na Constituição Federal) enquanto gestor único do sistema em nível local, impedindo – ou pelo menos induzindo – os programas prioritários não definidos nos fóruns deliberativos locais de controle social (BUENO e MERHY, 1997; SANTOS e ANDRADE, 2009).

Apesar das críticas feitas à NOB 01/96, de manter os municípios que não aderissem ao processo de habilitação na condição de prestadores de serviços do sistema, aprofundando a fragmentação dos repasses financeiros e instituindo inúmeras modalidades de transferências de recursos, esta norma foi o grande marco para estruturação da Política Nacional de Atenção Básica. Pela primeira vez asseguraram-se, num documento oficial, os repasses automáticos para as ações básicas de saúde, ao criar o Piso de Atenção Básica (PAB). O Piso da Atenção Básica era definido de duas formas: PAB fixo, valor repassado de acordo com um *per capita* nacional multiplicado pela população de cada município, e PAB variável, incentivos repassados para o financiamento de ações e programas desenvolvidos na Atenção Básica.

Em relação à mudança da lógica do financiamento, com a introdução do PAB, as prefeituras passaram a receber repasses automáticos para investir naqueles procedimentos definidos como prioritários e fundamentais para desenvolver ações prevenção de doenças e promoção da saúde, consultas médicas e odontológicas, exames de pré-natal, vacina e vigilância sanitária. A partir da instituição desta lógica de financiamento, observa-se que a concepção de Atenção Básica, adotada pelo Ministério da Saúde e reforçada por agências internacionais neste período, era de um programa focalizado e seletivo, com uma cesta restrita de serviços, ou seja, o que a literatura denomina como Atenção Primária Seletiva.

Segundo SOLLA *et al.* (2007), a suspensão do pagamento por produção de serviços neste nível de atenção foi fundamental para a indução da ampliação da Atenção Básica em todo o território nacional. No entanto, cabe ressaltar que a implantação do PAB se deu após um período de quatro anos de gastos decrescentes do governo federal em programas de saúde, quando as despesas orçamentárias com Atenção Básica reduziram em 21% entre 1995 e 1998, o que, à primeira vista, demonstra que este nível de atenção não era prioridade na agenda do governo, reforçando a concepção de Atenção Primária Seletiva (SOLLA *et al.*, 2007).

Mas, em 1999, o Ministério da Saúde reajustou os valores dos repasses e introduziu uma nova modalidade para o cálculo dos incentivos financeiros do PAB variável referente ao PSF. A partir deste ano, os municípios com maior cobertura populacional das eSFs seriam melhor remunerados (BRASIL, 2005).

Nos municípios, a NOAS 01/01 ampliou suas responsabilidades pela Atenção Básica, aumentando o número de ações de saúde a serem desenvolvidas pelos mesmos, ao incluir no financiamento o PAB ampliado (PAB-A). O que difere a NOAS 01/01 da NOB 01/96, no âmbito da Atenção Básica, é que, ao ser publicada em 2001, esta norma definiu os programas a serem prioritariamente atendidos por meio da Atenção Básica ampliada, que são: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial, controle do *diabetes mellitus*, saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal.

Segundo CAMPOS *et al.* (2005, p. 9), "apesar de todos estes programas já se encontrarem entre aqueles definidos como prioritários no Manual de Atenção Básica, a NOAS 01/01 lhes deu maior destaque". A lógica da habilitação dos gestores municipais permaneceu, pois, para receber o novo valor do PAB-A, os municípios precisavam se habilitar em uma das duas modalidades propostas pela NOAS 01/01: Gestão Básica Ampliada[5] ou Gestão Plena do Sistema Municipal[6].

Em relação às transferências federais destinadas à Atenção Básica, de 1998 a 2003 o valor do PAB fixo não sofreu reajustes. Entretanto, os recursos repassados por meio do PAB variável cresceram no orçamento federal, passando de 2,38% , em 1998,

---

[5] O município para se habilitar a esta modalidade de gestão, deveria assumir algumas responsabilidades definidas a seguir: elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde; gerência de unidades ambulatoriais próprias ou transferidas pelo estado ou pela União; disponibilização, em qualidade e quantidade suficiente para a sua população, de serviços; desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS; operação e alimentação dos sistemas de informação SIA/SUS e o SIAB; avaliação do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes; execução das ações básicas de vigilância sanitária e ações básicas de epidemiologia; elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde/CMS (BRASIL, 2001a).

[6] O município para se habilitar a esta modalidade de gestão, deveria assumir algumas responsabilidades: elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão; gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares e unidades assistenciais transferidas pelo estado e pela União; gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o mando único, ressalvado as unidades estatais de hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública; desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS; garantia do atendimento para sua população e para a população referenciada por outros municípios; integração dos serviços existentes no município às centrais de regulação ambulatoriais e hospitalares; cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares localizados em seu território e vinculados ao SUS; operação do SIH e do SIA/SUS; avaliação do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o meio ambiente; execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária; execução de ações de epidemiologia (BRASIL, 2001a).

para 12,23% do total de recursos destinados à Atenção Básica ano de 2001 (MARQUES e MENDES, 2002). Esta situação reforça a ideia de que o financiamento é um poderoso mecanismo de indução política, sendo uma estratégia bastante utilizada pelo governo federal para priorização da Atenção Básica, já que o PAB variável era repassado para financiar o Programa Saúde da Família.

MARQUES e MENDES (2002), ao analisarem o financiamento da Atenção Básica e do PSF, observaram que, em 2001, pela primeira vez, os recursos destinados para o PAB variável igualaram-se aos repassados para o PAB fixo (12,23% e 12,22%, respectivamente). Estes autores afirmam que o valor do PAB variável aumentou, chegando a 26,04% dos recursos federais destinados à Atenção Básica, mas isso aconteceu devido à redução do volume de recursos transferidos para o PAB fixo, cujo valor ficou em torno de 8,47% (MARQUES e MENDES, 2002).

Em relação ao financiamento da Atenção Básica, FADEL *et al.* (2009, p. 449) fazem uma importante ponderação, quando publicada a NOAS 01/01, o financiamento para estes novos serviços ocorreu devido à ampliação do valor fixo do PAB, o que gerou o conceito de Atenção Básica Ampliada.

Neste período, houve a publicação da Portaria GM nº 1.350, de 24 de julho de 2002, que instituiu o Incentivo Financeiro Adicional vinculado ao Programa de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Este incentivo seria transferido, em parcela única, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos municípios qualificados no Programa de Saúde da Família ou no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, no último trimestre de cada ano (BRASIL, 2004b).

A partir de 2003, ocorreram mudanças no financiamento da Atenção Básica. O Ministério da Saúde corrigiu progressivamente o valor do PAB fixo, e seu valor foi aumentado de R$ 10,00 para R$ 13,00, com metas de R$ 15,00 para o 2º semestre de 2005 e de R$ 18,00 para o segundo semestre de 2006. Um avanço observado na Política da Nacional de Atenção Básica foi a incorporação na base de cálculo do valor do PAB fixo, a população assentada. Essa incorporação baseou-se na Relação de Municípios com população assentada, desenvolvida pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário entre os anos 2000 e 2003, pois até aquele momento esta população não era considerada para o cálculo do valor do PAB fixo, ficando excluída das políticas de saúde.

Ainda neste ano, os repasses financeiros destinados para o financiamento da Atenção Básica continuaram aumentando. Contudo, mesmo com o "aumento" dos incentivos financeiros destinados à Atenção Básica, a expansão da Saúde da Família não avançou principalmente nos municípios de grande porte populacional. Então, em 2003, ocorre a implantação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), com um orçamento para oito anos, no valor de 550 milhões de dólares.

Já no ano de 2004 foram repassados recursos financeiros aos municípios que possuíam equipes em áreas de assentamentos rurais e de quilombolas, um valor diferencial. É importante destacar que, neste período, pela primeira vez, foram empregados indicadores de condições sociais para diferenciar os repasses federais aos municípios.

A publicação da Portaria nº 1.434/GM, de 14 de julho de 2004, definiu mudanças no financiamento da Atenção Básica em Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família, como a limitação do número de pessoas a serem acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da zona rural dos municípios da Amazônia Legal; o aumento de 50% do valor dos Incentivos da Saúde da Família e da Saúde Bucal nos municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País e nos municípios que integrassem o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS); o aumento de 50% o valor atual dos Incentivos da Saúde da Família e da Saúde Bucal nos municípios com população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos; a definição dos critérios para a transferência dos recursos definidos no artigo 4º aos municípios com população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos (BRASIL, 2004a).

No dia 22 de março de 2006, o Ministério da Saúde edita a Portaria nº 399/GM, que divulga o Pacto pela Saúde. Para SANTOS e ANDRADE (2009, p. 83), "o pacto visa estabelecer novo patamar na forma de financiamento, definição de responsabilidade, metas sanitárias e compromissos entre os gestores da saúde, consubstanciados em termos de compromisso com metas e plano operativo". Segundo estes autores, o Ministério da Saúde, ao instituir o Pacto, propõe-se a mudar o modelo de gestão e forma do financiamento dos SUS, ao reconhecer a autonomia dos gestores locais, tornando o pacto um novo instrumento para efetivação da gestão solidária e

compartilhada. Cabe ressaltar que o Pacto é fruto de um longo processo de negociação entre o Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Em 28 de março do mesmo ano, dando seguimento às publicações do Pacto pela Saúde, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 648/GM, que instituiu a nova Política Nacional de Atenção Básica. A partir da edição desta portaria, ampliou-se o escopo de ações e a concepção da Atenção Básica, pois neste documento observa-se a presença dos atributos da APS abrangente, defendida por Barbara Starfield (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A publicação da nova política não modificou os componentes do financiamento da Atenção Básica, sendo que o repasse financeiro continua sendo composto pelo Piso de Atenção Básica, constituído por uma fração fixa e outra variável. Entretanto, tanto o PAB fixo quanto o PAB variável, a partir a publicação do Pacto pela Saúde, comporiam o denominado Bloco de Atenção Básica[7], e estes deveriam ser utilizados para financiar as ações de Atenção Básica descritas nos Planos de Saúde do município e Distrito Federal (BRASIL, 2006b).

CASTRO e MACHADO (2010, p. 694), numa pesquisa realizada sobre a condução federal da Política de Atenção Primária à Saúde [denominação utilizada pelas autoras para falar da Atenção Básica] no Brasil de 2003 a 2008, constataram que "no que concerne à regulação em saúde, o Executivo federal, historicamente forte no federalismo brasileiro, reafirmou seu poder sobre estados e municípios por meio da edição de normas e portarias atreladas a mecanismos financeiros".

Portanto, ao se revisar a literatura sobre o financiamento da Atenção Básica, observa-se que, mesmo com a instituição do Pacto pela Saúde, a lógica da distribuição dos recursos permanece inalterada, pois o repasse financeiro só é efetivado mediante adesão do município aos programas definidos como prioritários pelo governo federal. E com a publicação da Portaria GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que "Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de

[7] A partir da Publicação da Portaria nº 204/2007, os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento. Esses blocos são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados. Os blocos de financiamento são: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS (BRASIL, 2007).

saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle", define-se que os blocos são constituídos por componentes, conforme as especificidades, sendo que os recursos referentes a cada bloco devem ser aplicados nas ações e dos serviços de saúde pactuados e relacionados a ele (BRASIL, 2007). Ou seja, mesmo a instituição do Pacto, permanece a lógica da descentralização tutelada das ações e serviços de saúde, regulada pelo financiamento no Sistema Único de Saúde.

3.3 O PACTO FEDERATIVO E SUA PROPOSTA DA DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO SOLIDÁRIA

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 reconsiderou o papel de estados e municípios perante a União, redefinindo o pacto federativo que passou a ter como eixo a descentralização política e financeira (GERSCHMAN, 2001). Ao instituir um processo de descentralização das políticas públicas, faz-se necessário a definição das responsabilidades de cada ente federativo.

Em relação às competências, o artigo 30 do Capítulo 4 da Constituição Federal afirma ser atribuição do governo municipal: legislar sobre assuntos de interesse local e ordenamento do solo, promover a proteção do patrimônio histórico, prestar serviços de interesse local e, por fim, prestar e/ou manter os serviços de saúde e educação. Já o artigo 23 do Capítulo 1 define competências comuns à União, Estados, Distrito Federal e Municípios. E, dentre as atribuições que são comuns aos três entes federativos, está a saúde (MORAES, 2006).

No texto constitucional se reconhece a saúde como um direito social de todos os brasileiros e estrangeiros residentes no país; desta forma, para assegurá-la, é posto como um dever do Estado, no qual todos os entes federativos têm obrigações e responsabilidades em relação à saúde da população. MENDES (2005, p. 5), ao analisar o processo de descentralização das políticas públicas no Brasil afirma:

> A rigor, o processo de descentralização das políticas públicas, entre elas as políticas sociais, é uma conquista que se deu junto com o processo de redemocratização do País, marcado tanto pela recuperação das questões políticas, fiscais, técnicas e administrativas, por parte dos estados e municípios, bem como pela diminuição da elevada margem de centralização da União.

Entretanto, este autor aponta que já se sabia das desigualdades existentes entre os municípios, das realidades diversificadas, assim como das diferentes ofertas de serviços e capacidades fiscais, técnica e administrativa. Diante desta realidade, é possível compreender o grau de tensão entre as três esferas de governo, que emergia do processo de descentralização com base na municipalização (MENDES, 2005).

Um elemento a ser considerado como integrante desta tensão é o grau de autonomia das esferas locais, especificamente na dimensão da descentralização fiscal. MENDES (2005) aponta que vários estudos indicaram que o Brasil se constituiu como uma federação acentuadamente descentralizada no âmbito fiscal. E afirma que, desde 1988, tem sido crescente o grau de descentralização fiscal no Brasil em termos de aumento dos recursos à disposição dos governos estaduais e municipais, sendo os municípios os mais beneficiados. Diante deste panorama, é notória a importância da descentralização fiscal, pois esta assegura que, minimamente, os municípios possam financiar as ações e serviços sob sua responsabilidade.

Ainda sobre o processo de descentralização, CORDEIRO (2001) o denominou de estadualização e municipalização, e afirmou que o mesmo trazia para cena dois atores fundamentais, os estados e os municípios, que teriam papéis bem definidos para a gestão do SUS. A partir desta nova organização do sistema de saúde, atribuía-se às secretarias estaduais as ações de planejamento, controle e avaliação e prestação de serviços, numa tentativa de regionalização e de busca da equidade. Já, aos municípios, competiam a gestão dos sistemas locais de saúde, incluindo o gerenciamento das unidades municipais e o controle e a avaliação das unidades privadas ou filantrópicas.

No entanto, com a ampliação das responsabilidades dos municípios, os estados tiveram que assumir novas funções e competências, deixando de atuar na gestão dos serviços, principalmente da Atenção Básica. Ou seja, a municipalização ocorreu no âmbito da prestação de serviços de saúde, equipamentos, estruturas físicas e recursos financeiros. Diante deste quadro, as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) depararam-se com a necessidade de redefinir suas funções após o esvaziamento de recursos humanos e financeiros (SAMPAIO *et al.*, 2011).

No âmbito da Política Pública de Saúde, observa-se que houve uma redução na função de execução direta das ações e serviços de saúde pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Entretanto, ainda verifica-se certa centralidade na

definição política e financeira em nível federal, e esta concentração de poder é evidenciada nas resoluções e portarias, em especial nas que tratam da Política Nacional de Atenção Básica.

Diante das lacunas deixadas na Constituição Federal de 1988 sobre a Política Pública de Saúde, em especial sobre o tema financiamento, e da redução da função de executor direto das ações e serviços de saúde, o Ministério da Saúde editou as Leis Orgânicas da Saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOB). Sinteticamente, pode-se dizer que as Normas operacionais foram alvo de criticas, por não avançar na questão do financiamento da saúde.

A NOB 01/1991, ao dispor sobre a nova política de financiamento do SUS, foi amplamente criticada por não respeitar o art. 35 da lei 8.080, que trata do repasse de recursos para o setor saúde, ter o Inamps na condução do SUS, manter o convênio como forma de transferência de recursos e também pelo pagamento por produção de serviços, fragmentando os recursos da saúde e desconsiderando as ações e serviços das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica.

Já a NOB 01/1993 foi considerada um avanço no financiamento do SUS, por criar a possibilidade de os estados e municípios definirem a própria condição de gestão (SANTOS e ANDRADE, 2009). A partir da publicação desta nova norma, estados e municípios passaram a serem gestores do SUS, e não meros prestadores de serviços do Ministério da Saúde. Instituiu-se o repasse fundo a fundo e as Comissões Tripartite e Bipartite como fóruns de negociação intergestores.

Alguns autores afirmam que, a partir dos anos de 1990, o processo de descentralização das políticas públicas, instituído na Constituição Federal de 1988, foi implementado pelo setor saúde a partir da expansão dos serviços de Atenção Básica. O que se observa neste processo é que houve a transferência da responsabilidade do desenvolvimento e da realização das ações e serviços de saúde do nível federal para os estados e municípios. Porém, como afirma MENDES (2005), não ocorreram a desconcentração do poder e a descentralização financeira, visto que o poder político e, principalmente, o financeiro, permanecem sob a gestão e controle do nível federal.

Essa ideia de concentração versus descentralização também é comentada por CASTRO E MACHADO (2010, p. 696):

> o poder de regulação do Ministério da Saúde permaneceu sendo exercido usando-se a edição de centenas de portarias federais. Até mesmo a Política de Atenção Básica foi publicada em 2006 por meio de uma portaria, revelando a preferência do gestor federal por este tipo de instrumento. O financiamento, por sua vez, também manteve o padrão do período anterior, de vinculação de recursos federais aos programas prioritários do ministério.

Um grande impasse do processo de descentralização foram as restrições orçamentárias impostas pela legislação federal, que limitou os gastos com pessoal nas três esferas de governo. A incoerência entre a Política Nacional de Saúde e a Reforma do Estado inicia com a Lei Complementar nº 82, de 27 de março de 1995, denominada de Lei Camata – que disciplinava os limites das despesas com o funcionalismo público, na forma do art. 169 da Constituição Federal – e continuava com a aprovação da Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, chamada de Lei de Responsabilidade Fiscal, que teve como finalidade disciplinar as despesas das três esferas, bem como regular os gastos com pessoal.

DOBASHI *et al.* (2011), ao refletirem sobre os avanços do SUS nos últimos 15 anos, apontam que os gestores do Sistema de Saúde brasileiro enfrentaram algumas dificuldades em operacionalizar o sistema local de saúde, em virtude da normatização excessiva do nível federal. Logo, o poder de regulação do Ministério da Saúde se manteve ao longo dos anos e, para exemplificar tal afirmação, a pesquisadora basear-se-á nas análises de alguns autores sobre a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS).

O ano 2000 é considerado por alguns autores como período de intensa normatização infralegal do sistema de saúde, com o Ministério da Saúde editando quase cem (100) portarias por mês (PAIM e TEIXEIRA, 2007; SANTOS e ANDRADE, 2009; CASTRO e MACHADO, 2010).

A partir da publicação da NOAS 01/02, foram estabelecidas as condições de gestão, as responsabilidades do gestor municipal e os requisitos relativos às novas modalidades de gestão: **gestão plena da Atenção Básica ampliada** e **gestão plena do sistema municipal**, bem como as obrigações dos gestores municipais e estaduais. Para a qualificação na NOAS 01/02, os estados deveriam elaborar o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o qual era composto pelo Plano Diretor de Investimento (PDI) e pela Programação Pactuada e Integrada (PPI). O PDI deveria estabelecer, de acordo com as ações pactuadas nos âmbitos regional e estadual na PPI, os recursos necessários

à sua implementação e desenvolvimento, garantindo o financiamento integral da Atenção Básica e das necessidades no setor de vigilância à saúde. Para FADEL *et al.* (2009), apesar dos esforços das três esferas de gestão na implementação da NOAS 01/02, observou-se certo descompasso nesse processo, porque nem todos os estados se encontravam no mesmo momento de desenvolvimento e organização do sistema de saúde, surgindo, assim, a necessidade de uma nova estratégia de operacionalização do SUS no Brasil.

Segundo PAIM e TEIXEIRA (2007), o processo de regionalização disparado pela NOAS 01/02 foi temporariamente interrompido com a mudança de governo em 2003, instalando-se um debate acerca da opção excessivamente "normativa" adotada durante a década de 1990, o que culminou com a aprovação dos Pactos da Saúde, em 2006.

Contudo, após a celebração do Pacto entre os entes federados, ainda existem questões a serem analisadas e debatidas, em especial a do financiamento da Atenção Básica, objeto deste estudo. Apesar da implantação do Pacto e da recente mudança nos critérios para repasses, alguns estudos já apontam a persistência da problemática do financiamento.

Com isso, a pesquisadora ratifica a análise de MENDES (2005) sobre o processo de descentralização do SUS. Para este autor, a descentralização só obterá sucesso se a quantidade de recursos financeiros necessários para responder aos compromissos assumidos no atendimento à população for adequada, e também quando houver regularidade do financiamento e da capacidade de incremento de recursos destinados à saúde pelas três esferas, ou seja, não basta a simples transferência financeira, também se faz necessário discutir os critérios e as formas de alocação dos recursos.

4 O ESTADO DA BAHIA E AS CARACTERÍSTICAS INSTITUCIONAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE

Quando iniciado o processo de democratização do Estado brasileiro, temas como o da descentralização, da participação social, da sustentabilidade e do desenvolvimento foram trazidos para o planejamento estatal.

Para efetivar a descentralização, alguns estados desenvolveram processo de divisão regional para a administração e implantação de políticas públicas. Segundo SOUZA (2008), no Estado da Bahia foram realizadas três regionalizações importantes: a divisão em **Regiões Administrativas** (implementada na década de 1970); a divisão em **Regiões Econômicas** (da década de 1990) e a divisão em **Eixos Estaduais de Desenvolvimento** (com abrangência no final da década de 1990 e início do século XXI). Recentemente, houve a implantação dos **Territórios de Identidade.**

No ano de 1966, a publicação da Lei nº 2321, que dispôs sobre a organização da administração estadual, estabeleceu as diretrizes para a Reforma Administrativa do Estado da Bahia. Nesta reforma, dividiu-se o Estado em 21 (vinte e uma) Regiões Administrativas, conceituadas como um espaço contínuo definido em função da cobertura da atuação do governo sobre o território, tendo como centro uma sede urbana que concentraria as agências e órgãos de atendimento nas diversas áreas da atuação governamental. Essas regiões serviram de base para algumas atividades setoriais, em especial na área da educação e da saúde.

Entretanto, com a reforma tributária de 1966, houve uma centralização das finanças e do poder nas mãos da União, empreendida pelo regime militar que tomou o poder em 1964, resultando numa engenharia política que deixava os dois outros níveis federativos, Estados e Municípios, fortemente dependentes das decisões e do comando do governo central. Cabe salientar que não houve eliminação do poder político destes entes federativos; ao contrário, em alguns casos houve mesmo fortalecimento, à medida que os representantes locais e regionais mais afinados com o ideário central eram beneficiados por esta aliança (CASTRO, 1997 *apud* SOUZA, 2008).

Neste mesmo ano, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) foi criada pela Lei nº 2.321, de 11 de abril de 1966, e posteriormente modificada pelas Leis 7.435,

de 30 de dezembro de 1998, 8.888, de 24 de novembro de 2003, 9.831, de 01 de dezembro de 2005 e 10.955, de 21 de dezembro de 2007.

A SESAB tem por finalidade a formulação da Política Estadual de Saúde, a gestão do Sistema Estadual de Saúde e a execução de ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, em consonância com as disposições da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que constitui o SUS.

Em 1972, o governo estadual descentralizou os serviços oferecidos pelo Estado, pois todos os serviços localizavam-se em Salvador, o que gerava desperdício de tempo e de dinheiro por parte do cidadão e uma extrema concentração das atividades governamentais na capital. Diante da necessidade de "descentralizar" os serviços públicos, foram criadas as Diretorias Regionais de Saúde, as Diretorias Regionais de Educação e das Circunscrições Regionais de Trânsito (SOUZA, 2008).

Na década de 1970, ocorreu uma reestruturação da Secretaria Estadual de Saúde, na qual foram criadas as Diretorias Regionais de Saúde (DIRES). Estas diretorias deveriam ser interlocutoras entre o Estado e os Municípios, pela proximidade aos problemas e necessidades de saúde no espaço loco regional e pelo apoio técnico que prestariam aos municípios; ocupando uma posição estratégica na Gestão dos Serviços de Saúde.

Contudo, para o setor saúde, o ano de 1993 foi de suma importância para o processo de descentralização da gestão do Sistema de Saúde com a publicação da NOB/93. Segundo PINTO (2004), com a publicação desta norma, que exigia o funcionamento de instâncias colegiadas do SUS, instalou-se o Conselho Estadual de Saúde (CES-BA) e criou-se a Comissão Intergestores Bipartite (CIB/BA) no mesmo ano.

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é um fórum de pactuação entre os gestores estaduais e municipais. É composta de forma paritária e integrada por representação do Estado e dos Municípios e, por ser uma instância de caráter deliberativo, tem como objetivo tomar decisões por consenso. A CIB foi instituída na Bahia pela Portaria nº 2.094, de 21/06/93. Já o Conselho Estadual de Saúde (CES) é um órgão deliberativo e fiscalizador, em caráter permanente, criado pela Lei nº 6.074, de 22 de maio de 1991, em conformidade com as disposições estabelecidas na Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e na Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990

e pelo Decreto nº 684/BA, de 18 de novembro de 1991. Tem por finalidade atuar na formulação de estratégias propostas e no controle da execução da política Estadual de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Estas instâncias, devido às suas atribuições definidas em portarias, leis e decretos, têm papel fundamental na estruturação, pactuação e legitimação da Política Estadual de Saúde.

A Bahia foi um dos últimos estados a concluir o processo de municipalização da saúde. Os municípios baianos apresentavam a mais baixa capacidade de prestação de serviços de saúde, fato que pode ser explicado não pela fragilidade fiscal de seus municípios, mas pela ausência de políticas ativas e continuadas para a municipalização da saúde nos sucessivos governos estaduais da Bahia desde sempre.

A NOB/93 propunha o enquadramento dos municípios e estados em condições de gestão denominadas como incipiente, parcial, semiplena e plena (SANTOS e ANDRADE, 2009). Entretanto, no ano de 1995, dos 415 (quatrocentos e quinze) municípios existentes no Estado da Bahia, apenas 143 (cento e quarenta e três) haviam sido enquadrados em uma das formas de gestão definidas na NOB/93, gestão incipiente ou gestão parcial. Destes municípios, 79 (setenta e nove) assumiram a gestão das unidades da rede ambulatorial da SESAB, através do termo de cessão de uso.

Ainda no ano de 1995, o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), comandado por Bresser Pereira, no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, lançou o Plano Diretor da Reforma do Estado, que tinha como ideias centrais a disciplina fiscal, a privatização e a liberalização comercial. Este plano apresentou como proposta a para transformação da gestão pública nas Organizações Sociais e, posteriormente, nas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. Cabe salientar que o Governo da Bahia alinhava-se com o Governo Federal sobre a questão da Reforma do Estado, ao defender a modernização administrativa, cujo objetivo era realizar mudanças no processo de gestão dos serviços públicos.

Na gestão de Paulo Souto (1995-1998), a reforma entrou fortemente na agenda do Estado, com a justificativa de que com este processo buscava-se a qualidade nos serviços públicos, o funcionamento eficiente da máquina pública e a capacitação do servidor público para atuar no Estado. Seguindo os “ventos” do neoliberalismo que adentrava o Estado brasileiro, o Governo baiano inicia a reestruturação da máquina administrativa, em 1996, com a criação do Programa Estadual de Desestatização. O

objetivo deste programa era reduzir a participação do Estado em atividades empresariais, melhorar a qualidade dos serviços prestados, mediante controle e fiscalização que exerce enquanto concedente, estimular a competitividade e, em médio prazo, reduzir os custos dos serviços prestados em áreas consolidadas.

Para efetivar a reforma do estado, a gestão de Paulo Souto adota, como parte das estratégias de modernização administrativa, o Programa de Gestão da Administração Pública (PROGERIR), instituído pelo Decreto nº 5.491/96. Este programa tinha por objetivo promover maiores níveis de eficiência, eficácia e efetividade dos órgãos e entidades do Estado diante de uma política econômica altamente restritiva (PINTO, 2004).

Um ponto relevante na construção da política de saúde no Estado da Bahia é o descolamento entre o processo que se desenvolvia no âmbito das Secretarias de Administração, Governo e Planejamento, e o que ocorria no âmbito de outras secretarias. Segundo PINTO (2004), a indicação do Secretário de Saúde na gestão de Paulo Souto teria sido feita diretamente por Antônio Carlos Magalhães, irmão do titular da pasta da saúde e líder do Partido da Frente Liberal (PFL) baiano, presidente do Senado e ex-governador. Este secretário se relacionava com o governador de maneira formal/institucional, porém atuava com relativa autonomia de gestão na implementação das propostas oriundas do Governo Federal.

Na gestão de José Maria de Magalhães Neto, Secretário Estadual de Saúde (1995-2002), o processo de municipalização ampliou-se, demonstrando que a intenção do governo estadual era acelerar a descentralização do sistema de saúde. A descentralização disparada pelo Ministério da Saúde, a partir da publicação da NOB 01/96, foi reforçada pelo governo estadual, cujo processo teve a parceria com núcleos formadores, o Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, para o fortalecimento da área técnica da SESAB.

Ao seguir as diretrizes estabelecidas na NOAS 01/01, o Estado da Bahia elaborou um projeto inicial de regionalização, no qual definia 06 (seis) macrorregiões de saúde, 31 (trinta e uma) microrregiões e 122 (cento e vinte e dois) módulos assistenciais. No entanto, MOLESINI *et al.* (2010), em seu estudo de caso sobre o processo de implantação da Programação Pactuada Integrada (PPI) em dois municípios do Estado da Bahia quando publicada a NOAS 01/02, constataram que:

> pode-se inferir dos depoimentos que a existência das instâncias criadas para promover articulação entre os níveis gestores do SUS não garante, de fato, o respeito aos consensos estabelecido**s.** Entre os fatores limitantes do papel dessas instâncias estão a sua insuficiente institucionalização e a falta de respaldo jurídico, além da subordinação hierárquica às respectivas instâncias gestoras do sistema. Em relação à representação municipal nas comissões intergestores, vale ainda questionar até que ponto essas entidades conseguem representar, de fato, o interesse da diversidade dos municípios, como é o exemplo do estado da Bahia (MOLESINI *et al.*, 2010, p. 632).

A autora e colegas observam, em seu estudo, que no processo de regionalização os municípios preferem garantir o controle sobre a assistência e, por isso, defendem a existência dos serviços dentro do seu próprio território, situação que comprometeu a ideia de construção de uma microrregião assistencial, proposta pela NOAS 01/02 (MOLESINI *et al.*, 2010).

No período de 1990 a 2000, a formulação e a implementação das políticas federais no setor saúde geraram tensões, dados os diferentes ciclos da descentralização do SUS. As múltiplas realidades territoriais existentes e a importância adquirida pelas instâncias estaduais e municipais na condução da política de saúde influenciaram os processos de descentralização e regionalização do SUS nos estados brasileiros (LIMA *et al.*, 2012).

A partir de 2003, com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva e a entrada de novos dirigentes no Ministério da Saúde, a gestão federal identificou a necessidade de mudanças nas formas de relacionamento estabelecidas entre as esferas de governo na política de saúde. Existia uma forte crítica ao modelo de condução federal da descentralização no SUS adotada pelo grupo dirigente do período anterior (1994-2002), que produziu uma intensa normatização atrelada aos incentivos financeiros, os quais, na percepção da “nova gestão”, teriam gerado uma fragmentação acentuada dos mecanismos de transferência de recursos federais. Neste mesmo ano, um novo desenho do Plano Diretor de Regionalização (PDR) é instituído no Estado da Bahia e definem-se 08 macrorregiões de saúde, 32 microrregiões e 125 módulos assistenciais.

Na Bahia, com a eleição municipal de 2004, ocorreram mudanças em alguns municípios, e os prefeitos que não se alinhavam com as ideias do governo do estado sofriam com a “ausência de repasse direto de recursos financeiros próprios do estado para aplicação em ações de saúde no município” (VILASBÔAS, 2006, p. 42).

O ano de 2006 é marcado por importantes mudanças políticas no Estado da Bahia. Neste ano, o candidato do Partido dos Trabalhadores (PT), Jacques Wagner, é eleito após um período de mais de uma década de poder do grupo liderado pelo Senador Antônio Carlos Magalhães (DEM, ex-PFL, ex-UDN).

Ao assumir o governo do estado, em 2007, "aceitando as diretrizes propostas pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário quando da delimitação dos territórios rurais, realizando apenas alguns ajustes conceituais e metodológicos, adota uma divisão, denominada de Territórios da Identidade" (SOUZA, 2008, p. 125), o território baiano é dividido. Para a Secretaria de Planejamento da Bahia (SEPLAN), esta nova proposta de regionalização objetivava:

> Identificar oportunidades de investimento e prioridades temáticas definidas a partir da realidade local de cada Território, possibilitando o desenvolvimento equilibrado e sustentável entre as regiões. O Governo da Bahia passou a reconhecer, em seu Planejamento Territorial, a existência de 26 Territórios de Identidade, constituídos a partir da especificidade dos arranjos sociais e locais de cada região. Sua metodologia foi desenvolvida com base no sentimento de pertencimento, onde as comunidades, através de suas representações, foram convidadas a opinar (BAHIA, 2008 *apud* SOUZA, 2008).

Na saúde, uma nova "regionalização" é proposta pelo setor, e esta difere da divisão proposta pela SEPLAN. O Plano Diretor de Regionalização institui 09 macrorregiões e 28 microrregiões de saúde. Contudo, um grande número de municípios baianos não possui capacidade física, institucional e de pessoal capaz de dar conta da formulação de planos de desenvolvimento de políticas públicas e programas de saúde, dependendo sobremaneira do auxilio da estrutura estadual para isso.

As tensões no processo de planejamento, verificadas entre a esfera estadual e os municípios, refletem as características do processo de descentralização e a complexidade do modelo federalista brasileiro. O Estado da Bahia ainda enfrenta sérias dificuldades para a formulação de um planejamento regional, em especial no desenvolvimento das políticas governamentais (federais e estaduais).

Para MOLESINI *et al.* (2010), a autonomia relativa de entes federados com diferentes graus de poder e de recursos para execução de competências muitas vezes superpostas é exercida num contexto de grandes desigualdades intra e inter-regionais, no qual grande parte dos municípios depende econômica, política e tecnicamente dos

outros entes. Segundo a autora e colegas, essa situação é geradora de disputas e conflitos nas relações intergovernamentais, e compromete a solidariedade e a cooperação na execução das políticas públicas, em especial as do setor saúde.

4.1 A ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DA BAHIA

Para compreender o financiamento da Atenção Básica na Bahia, faz-se necessário retomar o processo histórico e a trajetória da implantação deste nível de atenção. A Atenção Básica inicialmente, como na maioria dos estados brasileiros, não se constituiu como uma prioridade da agenda política dos governos baianos. Constata-se tal situação ao se analisar as reformas pelas quais passou a Secretaria Estadual de Saúde. Algumas dificuldades que este nível de atenção enfrenta decorrem do seu processo histórico.

Em 1973, publicou-se a Lei nº 3.104, de 28 de maio de 1973, que reorganiza a Secretaria da Saúde Pública e institui a Fundação de Saúde do Estado da Bahia (FUSEB). Segundo o art. 13, a FUSEB teria como finalidade executar o Plano Estadual de Saúde, desenvolvendo atividades integrais de prevenção, promoção e recuperação da saúde, dirigidas a toda a população do Estado; poderia, também, celebrar convênios, acordos e contratos com entidades públicas e privadas, federais, estaduais e municipais (BAHIA, 1973).

Segundo CUNHA *et al.* (2012) as ações básicas de saúde, do final da década de 1970 ao início da década de 1990, encontravam-se sob a responsabilidade da Superintendência de Atenção à Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SUPES/SESAB). Estas ações eram desenvolvidas sob a supervisão das Coordenações de Atenção Básica (CABAS) e das instâncias que acompanhavam os programas de extensão de cobertura, como o PIASS, Materno Infantil e o de Suplementação Alimentar.

Os programas de extensão de cobertura, propostos pelo Ministério da Saúde e desenvolvidos por estados e municípios, objetivavam melhorar as condições sanitárias das populações de baixa renda e residentes das zonas rurais. Dessa forma, foi se conformando uma rede básica de Unidades de Saúde, que funcionavam integradas com níveis assistenciais mais complexos, situados nas zonas urbanas. Neste período, a

atuação de algumas categorias profissionais foi extremamente importante para o desenvolvimento das ações básicas de saúde, a exemplo do atendente rural, visitador sanitário e auxiliar de saneamento.

Desde a sua instituição na década de 1960, a SESAB sofreu diversas transformações na sua estrutura administrativa. Em 1991, ocorreu uma nova modificação na estrutura administrativa do estado. Na Secretaria de Saúde, a SUPES transforma-se em Departamento de Assistência à Saúde (DEPAS) e, deste departamento, cria-se a Diretoria de Rede Básica (DIREBA), que implementou o PACS e iniciou a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no Estado da Bahia (CUNHA, *et al*., 2012).

A partir da década de 1990, especificamente no ano de 1992, institui-se no Estado da Bahia o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Os trabalhadores deste programa começaram a atuar nos municípios baianos, vinculados às unidades básicas de saúde.

Segundo CUNHA *et al.* (2012) neste período, foram criados Grupos Estratégicos, coordenados pelo chefe de Gabinete, Dr. Ailton Sepúlveda, constituídos por técnicos de vários setores com apoio do Instituto de Saúde Coletiva (ISC). Este grupo estratégico, coordenado pelo Departamento de Atenção à Saúde, objetivava redirecionar o modelo de atenção à saúde, ainda centrado na dimensão biológica do processo saúde/doença, voltado prioritariamente para ações curativas, de alto custo, pouco resolutivas e com baixo impacto na melhoria de qualidade de vida da população.

Os autores supracitados, afirmam que, o grupo estratégico realizou visitas técnicas para conhecer experiências exitosas desenvolvidas em outros estados, cujo processo de municipalização avançava. O grupo elegeu para visitação dois estados do nordeste, Ceará e Pernambuco, com o intuito de conhecer os avanços na Atenção Básica, visto que estes estados elegeram o Programa Saúde da Família como estratégia para reorganizar este nível de atenção.

A primeira Equipe de Saúde da Família foi implantada, em 1997, no município de Jussari, na gestão do Dr. Valdenor Cordeiro, médico e prefeito do município (CUNHA, *et al.*, 2012).

Em 1998, a NOB/96 entra em vigor e, neste período, a SESAB passa por um novo processo de (re)estruturação organizacional. Os departamentos são transformados

em superintendências, sendo que o Departamento de Atenção à Saúde (DEPAS) passa a se chamar de Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção à Saúde (SURAPS). Esta superintendência era composta por três diretorias: a Diretoria de Promoção das Ações de Saúde, designada para cuidar da Atenção Básica; a Diretoria de Assistência à Saúde, da qual faziam parte a Coordenação de Atenção Hospitalar Urgência Emergência (CAHEM) e a Coordenação voltada aos serviços de procedimentos ambulatoriais de média e alta densidade tecnológica, incluindo os Centros de Referência; e a Diretoria de Regulação (CUNHA, *et al.*, 2012).

Segundo o Índice Final da CIB/BA 1995-2012 (BAHIA, 2012), o número de municípios em Gestão Plena da Atenção Básica, no ano de 1998, habilitados pela NOB/ 96, foi de 353 (trezentos e cinquenta e três) dos 415 (quatrocentos e quinze) municípios. À primeira vista, isso mostra que o novo formato de financiamento da Atenção Básica (introdução do PAB fixo e PAB variável) impulsionou a expansão dos serviços deste nível de atenção no Estado da Bahia. Nos anos posteriores, até a publicação da NOAS 01/02, apenas 44 (quarenta e quatro) municípios foram habilitados nesta modalidade de gestão.

Cabe salientar que os municípios habilitaram-se nestas modalidades de gestão, no entanto, não adotaram a Saúde da Família como estratégia estruturante da Atenção Básica. Segundo estudo realizado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (SILVA *et al.*, 2002), no Brasil, até o ano de 2001, 3.902 municípios tinham implantado o Programa de Saúde da Família, e em apenas quatro estados menos de 50% dos municípios haviam implantado PSF; entre eles estava o Estado da Bahia.

No Estado da Bahia, a partir do ano 2000, inicia-se um processo de implementação e qualificação da Atenção Básica. Em 2003, foi dado início ao Projeto Saúde Bahia e ao Programa de Expansão da Estratégia de Saúde da Família (PROESF). O Projeto Saúde Bahia, financiado pelo Banco Mundial, liberava recursos para ampliação da rede básica de serviços, capacitação, consultoria e incentivos financeiros aos municípios.

No ano de 2004, foi desenvolvido pela SESAB o programa de certificação para o credenciamento de Equipes de Saúde da Família junto à SESAB. O governador Paulo Souto publica o Decreto nº 9.034, de 30 de março de 2004, que institui o Programa Estadual de Certificação da Atenção Básica, alegando que essa ação seria uma política

compensatória para os municípios de menor porte e mais baixa posição no Índice Geral de Desenvolvimento Socioeconômico – IGDS (BAHIA, 2004).

Para repasse do Incentivo Estadual da Estratégia de Saúde da Família aos municípios baianos o governo estabeleceu alguns critérios, os quais foram criticados pela atual equipe gestora da SESAB. A crítica devia-se ao fato dos critérios estabelecidos diferenciarem os municípios a partir de níveis de avalição. Porém, o processo de certificação, com base na avalição e classificação dos municípios em níveis, foi elogiado por alguns gestores municipais, como será visto adiante. Neste processo, os municípios seriam classificados em níveis, após processo avaliativo para certificação e repasse do recurso:

> I - Nível A: para as equipes de PSF que alcançarem índices superiores a 90% (noventa por cento) na avaliação a que se refere o art. 2º deste Decreto [processo de avaliação]; II - Nível B: para as equipes de PSF que alcançarem índice superior a 50% (cinquenta por cento) e inferior a 90% (noventa por cento) na avaliação a que se refere o art. 2º deste Decreto; III - Nível N/C (não certificada): para as equipes de PSF que alcançarem índice inferior a 50% (cinquenta por cento) na avaliação a que se refere o art. 2º deste Decreto (BAHIA, 2004).

Segundo o art. 4º do Decreto nº 9.034/2004, seria concedido o incentivo financeiro após o processo de certificação os municípios com população até 100.000 (cem mil) habitantes e que apresentassem cobertura igual ou superior a 70% de sua população.

Neste mesmo período, o governo do Estado da Bahia, seguindo as diretrizes da Portaria n° 548/GM, de 12 de abril de 2001, que aprovou o documento “Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS” (BRASIL, 2001c), e elaborou a “Agenda Estadual de Saúde, mais saúde com qualidade: reduzindo desigualdades” (BAHIA, 2004).

A Agenda Estadual de Saúde de 2004 definiu como um de seus compromissos a “Reorientação do modelo assistencial, ampliando o acesso e a qualidade das ações e serviços de saúde” (BAHIA, 2004, p. 22) e estabeleceu alguns objetivos, entre os quais estão a Qualificação da Atenção Básica e expansão do Programa Saúde da Família (BAHIA, 2004). A priorização da expansão do PSF se justificaria, pois neste período a proporção de cobertura populacional estimada por Equipes de Saúde da Família no

estado da Bahia era de 32,2%. Ao se analisar a competência do mês de dezembro de 2004, 137 (cento e trinta e sete) municípios não apresentavam cobertura pela ESF (BRASIL, [S.d.]). A distribuição da população nestes municípios era:

Quadro 1 - Municípios baianos sem Cobertura da Estratégia de Saúde da Família por população, dezembro de 2004.

População	**Número de municípios**
< 10 mil habitantes	25
>10 mil e < 20 mil habitantes	69
>20 mil e <50 mil	38
>50 mil e <100 mil	05
Total de municípios:	137

Fonte: Adaptado de MS/SAS/DAB e IBGE.

Em 2005, a SESAB sofre uma nova reforma em sua estrutura organizacional, com a publicação da Lei nº 9.831, de 01 de dezembro de 2005. Nesta nova estrutura, a Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção à Saúde (SURAPS) passou a denominar-se Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde, e a Atenção Básica ficou vinculada à Assessoria de Planejamento (ASPLAN).

No ano de 2006, mudanças importantes ocorrem na Política de Saúde brasileira, com a instituição do Pacto pela Saúde e, com ele, a nova Política de Atenção Básica no nível federal. Em março desse ano, após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), publica-se a Portaria nº 648/GM, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a reorganização da Atenção Básica. Já em novembro deste ano, a SESAB publica a resolução nº 167/2006, que estabelece as diretrizes estaduais, fluxos de implantação da ESF/ESB/ACS.

Ao final de 2006, acontece o processo eleitoral para o governo do estado, tendo como vencedor o candidato Jaques Wagner. Em janeiro de 2007, na 145ª reunião da CIB, os representantes do governo estadual apresentam a “Proposta de Saúde do Governo Jaques Wagner”. Entre os princípios e proposições gerais para a SESAB destacam-se:

> [...] d) Superação da precarização das relações e condições de trabalho e remuneração dos trabalhadores de saúde, com destaque para os agentes comunitários de saúde; e) Efetivação da integralidade da atenção mediante mudança do modelo de atenção à saúde; [...] l) Responsabilização de gestores, gerentes e profissionais para prestar o melhor cuidado possível dentro das condições limitadas em termos financeiros e operacionais (BAHIA, 2007b, p. 1).

No âmbito da Saúde da Família:

> a) Apoiar técnica e financeiramente os municípios para aumentar a população coberta pelo PSF; b) Contribuir com as gestões municipais para articular as equipes que atuam na estratégia de Saúde da Família com equipes matriciais de referência ou de retaguarda permitindo aumentar a resolutividade da atenção prestada; c) Estimular a incorporação de outros profissionais de saúde em equipes de retaguarda para o Programa de Saúde da Família, com atuação de educadores físicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos e psicólogos; d) Medidas para regularizar a contratação dos profissionais; e) Elaborar proposta de Plano de Cargos e Carreira para médicos de família na SESAB (BAHIA, 2007b, p. 1).

Em relação à Valorização dos Trabalhadores do SUS:

> [...] b) Medidas para constranger contratações precárias nas gestões municipais e incentivar a implantação de plano de carreira para os trabalhadores do SUS; c) Induzir a desprecarização do trabalho dos profissionais de saúde e incentivar os municípios a realizarem concursos públicos e implantarem Planos de Carreira, Cargos e Salários; d) Desenvolver um programa de incentivo (inclusive financeiro) para a regularização da contratação dos agentes comunitários de saúde pelas Prefeituras Municipais, colocando esta regularização como requisito para apoio da Secretaria Estadual a outros projetos municipais (BAHIA, 2007b, p. 2).

Já sobre a Gestão e Financiamento do SUS:

> a) Serão aplicados na saúde, no mínimo, os recursos previstos na Emenda Constitucional, Apoiar o PL 01/2003, que trata da regulamentação da EC 29; b) Autonomia financeira e administrativa do Fundo Estadual de Saúde para gestão dos recursos, inclusive os do tesouro estadual, conforme legislação vigente; c) Apresentar regularmente prestação de contas ao Conselho Estadual de Saúde; d) Desenvolver um combate intenso às fraudes e desvios de recursos; h) Renegociar o Projeto Saúde Bahia com o Banco Mundial, redefinindo prioridades, metas, cronograma e indicadores de acompanhamento (BAHIA, 2007b, p. 3).

Neste mesmo ano, o incentivo estadual para Saúde da Família sofreu mudanças importantes. Todos os municípios que possuíam Equipes de Saúde da Família passaram a receber o incentivo no valor de R$ 1.114,00. Considerando prioritária a participação do Governo do Estado no co-financiamento da Saúde na Família, a equipe gestora da SESAB apresentou, em reunião extraordinária da CIB, no dia 05 de junho de 2007, a proposta da Secretaria da Fazenda de aumentar o valor do incentivo a partir da competência do mês de julho.

O valor do Incentivo Estadual para Estratégia de Saúde da Família passaria de R$ 1.114,00 para R$ 1.500,00. Entretanto, esse valor passou a ser repassado aos municípios apenas no segundo semestre de 2007, pois o governo estadual alegava que a gestão anterior deixara uma dívida de duzentos milhões de reais e um *déficit* no orçamento de cento e sessenta milhões de reais (BAHIA, 2007a).

O cenário em que se encontrava a Atenção Básica dos municípios baianos assemelhava-se ao dos demais municípios brasileiros. A situação da Atenção Básica encontrada em janeiro de 2007, segundo HEINZELMANN *et al.* (2007) era:

> I- Baixa cobertura e lenta expansão da Estratégia de Saúde da Família; II- Precarização das Relações de trabalho; III- Mercado Predatório com Alta Rotatividade de Profissionais; IV- Baixa Qualidade da Atenção, Modelo Tecnoassistencial Hegemônico e Desarticulação do conjunto do Sistema; V- Inadequação do Perfil dos Trabalhadores e Baixo Investimento em Educação Permanente; VI- Baixa capacidade de Gestão Loco Regional; VII- Pouca Potência do Controle Social; VIII- Modelo de Gestão Estadual hierarquizada, fragmentada, cartorial e pontual.

A Diretoria de Atenção Básica, no ano de 2008, iniciou uma pesquisa em parceria com o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON/UFMG), para obter informações sobre os processos de Gestão do Trabalho desenvolvidos nos municípios. Segundo ANDRADE (2009, p. 42), a pesquisa foi “estruturada em quatro blocos de questões: identificação do município e dos respondentes, caracterização da gestão da Atenção Básica; caracterização da gestão da saúde da família e gestão do trabalho profissional”.

A pesquisa obteve dados sobre o número de trabalhadores, tipos de vínculos, salários, perfil de ocupação das vagas, variações salariais por tipo de vínculo, tempo de permanência em um mesmo município e, fatores de atração e fixação. Desta forma, na época, constatou-se que a organização dos serviços de Atenção Básica dos municípios

ainda baseava-se no modelo tradicional de atenção, já que 23,4% dos municípios possuíam somente ESF e os outros 77,6% estavam organizados de forma mista, com Unidades Básicas de Saúde tradicionais e Equipes de Saúde da Família (ANDRADE, 2009).

Em relação à contratação de trabalhadores para a Estratégia, a pesquisa identificou que a maioria dos municípios empregava os trabalhadores diretamente, isto é, sem intermediação de organizações como cooperativas, Organizações Sociais (OSS) ou Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). Entretanto, o vínculo destes trabalhadores com o município era por contratação temporária, em que os salários pagos aos profissionais da saúde eram maiores do que aos trabalhadores com vínculos celetista ou estatutário (ANDRADE, 2009).

Um dado importante encontrado na pesquisa, pois interfere diretamente no financiamento da ESF e traz prejuízo para a assistência prestada à população, foi o tempo médio de permanência da categoria médica no município. A pesquisa identificou baseada nas respostas dos gestores entrevistados que em mais da metade dos municípios os médicos permanecem, em média, menos de dois anos.

Diante deste cenário, a equipe gestora da Diretoria de Atenção Básica da SESAB (DAB/SESAB) propôs uma nova Política para a Atenção Básica, “A Saúde da Família de Todos Nós”. De acordo com a “nova política”, a Atenção Básica passaria ser uma das prioridades do governo, pois se compreende ser ela a principal porta de entrada, responsável por dar solução à maioria dos problemas de saúde e também estratégia estruturante de um novo modelo de atenção no conjunto das redes de serviços do SUS Bahia (BAHIA, 2007d).

Desta forma, observa-se que há consonância entre a política estadual e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pois nos principais documentos que tratam da Atenção Básica, esta é definida como:

> a Atenção Básica não pode ser compreendida como uma soma de três programas isolados: o Programa de Saúde da Família (PSF), o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e o Programa de Saúde Bucal (PSB). Muito mais do que isso, são ações e serviços de saúde que deve estar na comunidade, perto da casa de cada pessoa, facilitando seu acesso e acolhendo suas necessidades. Deve estabelecer vínculo com essas pessoas e co-responsabilizar-se pela resolução dos problemas de saúde, podendo ali mesmo até 80% desses problemas. [...] Deste modo, não concebemos a Atenção Básica como pacote básico e simplificado de ações e serviços dirigidos a quem não pode pagar por um serviço de saúde, mas sim como *lugar* implicado num território de acesso facilitado e próximo à vida cotidiana dos cidadãos [...] (BAHIA, 2007d, p. 16).

Para concretização destes princípios e diretrizes, a DAB/SESAB, responsável por formular, coordenar e desenvolver a Política Estadual da Atenção Básica e suas interfaces com as Políticas Nacionais de Atenção Básica, no ano de 2007, propôs um novo modelo de gestão. Este novo modelo baseava-se fortemente no Apoio Institucional e na Educação Permanente.

Neste período, foram realizadas oficinas de trabalho com envolvimento de toda a equipe da Diretoria da Atenção Básica, priorizando frentes de trabalho associadas às metas do governo, objetivando assim, elaborar a Nova Política Estadual da Atenção Básica (CUNHA e NASCIMENTO, 2009). Na nova política, os Projetos Prioritários da "Saúde da Família de Todos Nós" eram:

> I. Expansão da Saúde da Família com Inclusão Social; II. Gestão do Trabalho na Atenção Básica: com Desprecarização dos vínculos de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias e dos demais trabalhadores das Equipes de Saúde da Família; III. Carreira de Saúde da Família em âmbito estadual; IV. Qualificação da Atenção Básica à Saúde; V. "O SUS é uma Escola"; VI. Descentralização Solidária e Fortalecimento da Gestão Municipal e Regional; VII. Fortalecimento da Participação Popular e do Controle Social (BAHIA, 2007d, p. 18).

Ao vislumbrar que, para a implantação desta política, seria necessário o fortalecimento da gestão local, a diretoria optou por redistribuir os trabalhadores da Coordenação de Apoio e Desenvolvimento da Atenção Básica (COAD) em seis equipes de Apoiadores Institucionais, segundo regionalização proposta no Plano Diretor de Regionalização da Bahia: Equipe A - responsável pelas Macrorregiões Leste e Nordeste; Equipe B – Macrorregiões Centro-Leste e Centro-Norte; Equipe C– Macrorregião Norte; Equipe D– Macrorregião Oeste; Equipe E– Macrorregião

Sudoeste; Equipe F– Macrorregiões Sul e Extremo-Sul. Afirmam CUNHA e NASCIMENTO (2009, p. 7) sobre o Apoio Institucional da DAB/SESAB:

> o apoio institucional adotado na DAB atuou ampliando a capacidade, autocuidado e autonomia dos coletivos, através da análise e soluções compartilhadas: averiguando problemas, disputa interna de poder e circulação viciada de afetos; enfim, produziu compreensão e projetos de intervenção.

No relato de experiência sobre a gestão participativa da Diretoria da Atenção Básica, a partir da percepção dos trabalhadores, CUNHA e NASCIMENTO (2009) afirmam que, antes de 2007, as ações desenvolvidas pela diretoria eram atender as demandas dos municípios que surgiam no dia-a-dia. Para os autores, neste período não existia uma definição clara do objeto da Política Estadual para a Atenção Básica, e concluem sobre a atuação da diretoria:

> [...] era mais baseada no cumprimento das portarias ministeriais, resoluções da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e normas para controle do trabalho. A gestão era mais centralizada, respondia pontualmente ou encaminhava os problemas, elegendo-os unilateralmente e priorizando-os de acordo com o interesse e o foco do momento (CUNHA, NASCIMENTO, 2009, p. 10).

São notórias as mudanças realizadas na gestão estadual da Política de Atenção Básica. Entretanto, essas não foram suficientes para superar os desafios deste nível de atenção. Segundo ANDRADE (2009, p. 53), “a Secretaria de Saúde do Estado apresentou aos municípios baianos, em 2007, uma alternativa jurídica e administrativa interfederada, vinculada à administração indireta dos municípios, com o objetivo central de prover e fixar trabalhadores da saúde da família através de uma carreira estadual”. E, na 148ª Reunião Ordinária da CIB, realizada em 12 de abril do ano de 2007, a SESAB informou que seriam feitos estudos sobre a viabilidade econômica e financeira para implantação da Fundação Estatal (BAHIA, 2007c).

A partir de então, iniciam-se os debates e a elaboração da proposta da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF). Contudo, mesmo não sendo uma unanimidade, a publicação de pareceres favoráveis à proposta da FESF no Conselho Estadual de Saúde, CIB e Conferência Estadual, ajudaram na estruturação e implantação deste ente.

Em de 26 de junho de 2008, a publicação da Lei nº 11.055, altera a estrutura organizacional e de cargos em comissão da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Nesta nova estrutura cria-se a Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), constituída pelas Diretorias de Atenção Básica, Diretoria de Atenção Especial (DAE), Diretoria de Gestão da Rede Própria (DGRP) e Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC). Segundo relato dos trabalhadores, com nova organização, a Atenção Básica encontra um *locus* de trabalho privilegiado, retornando à superintendência que trabalha as ações de saúde nos diversos níveis de densidade tecnológica, pois na estrutura anterior encontrava-se na área de planejamento.

No mês de maio de 2009, o projeto da Fundação Estatal, idealizado pelos representantes da Secretaria Estadual de Saúde, tem uma grande vitória: durante a 1ª Mostra de Saúde da Família do Estado ocorreu o ato solene de instituição da FESF. Naquele momento, 237 (duzentos e trinta e sete) municípios haviam assinado protocolo de intenção, comprometendo-se com a adesão à FESF. Para aderir à fundação, fazia-se necessário que os municípios aprovassem, em suas respectivas Câmaras de Vereadores, a lei autorizativa para co-instituição. Segundo ANDRADE (2009), dos 237 municípios que haviam assinado protocolo de intenção, apenas 75 (setenta e cinco) tinham as leis autorizativas aprovadas, mas estavam em posse da documentação necessária para a data de instituição; foram, portanto, 69 (sessenta e nove) os municípios co-instituidores da FESF.

Contudo, os desafios para implantação da Atenção Básica no Estado continuam, principalmente a dificuldade de fixação dos profissionais – em especial o médico –, a transferência dos incentivos estadual e federal, a precarização dos vínculos e as diferenças entre as microrregiões e macrorregiões do estado, prejudicando a transformação deste nível de atenção como ordenador do sistema de saúde.

5 METODOLOGIA

O debate sobre o financiamento da saúde é complexo, devido às interfaces com as políticas econômicas, as diretrizes do sistema de saúde e a disputa ideológica sobre a seguridade social, entre outros. Em duas décadas de existência, o SUS tem se firmado como uma das maiores políticas de inclusão social do Brasil. Entretanto, apresenta-se como um grande desafio, para gestores, movimentos sociais e trabalhadores da saúde, a sustentação de um sistema desta magnitude.

Não se pretende, com este estudo, analisar o financiamento do sistema público de saúde brasileiro, tampouco desenvolver propostas e alternativas a essa problemática. Espera-se, no entanto, elucidar os aspectos que auxiliariam na compreensão da hipótese desenvolvida, de é que os gestores municipais encontram dificuldades na estruturação das ações e serviços de Atenção Básica diante do papel e participação da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e do Ministério da Saúde (MS) em relação ao financiamento.

5.1 POR QUE A BAHIA?

A escolha por esta Unidade Federativa se dá por três motivos: primeiro, pelo trabalho desenvolvido pela pesquisadora como Apoiadora Institucional da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DAB/SESAB), no ano de 2010. E, também, por ser um estado em que o valor do recurso financeiro repassado aos municípios é pequeno, visto que todos os municípios que aderirem a Estratégia de Saúde da Família receberão o valor de R$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais) por equipe independente dos seus indicadores socioeconômicos, populacionais e territoriais.

Assim como nos demais estados, o financiamento da Estratégia Saúde da Família na Bahia é composto por recursos dos três entes federados. ANDRADE (2009, p. 52) afirma a respeito da participação do governo federal e estadual no financiamento deste nível de atenção:

> Considerando que o percentual de 15% do orçamento de um município de 20.000 habitantes é irrisório – frente às necessidades de organização de sua rede de serviços e contratação de trabalhadores, a União e o Estado são os principais financiadores não apenas da ESF, mas dos demais níveis de atenção que lhes servem de referência.

Entretanto, esta afirmação não encontra coro na voz dos gestores municipais, pois estes afirmam que o financiamento da Atenção Básica fica sob a responsabilidade das prefeituras. E, por ser este um estado com uma ampla heterogeneidade e iniquidade entre as regiões e municípios, o financiamento das ações e serviços deste nível de atenção torna-se um grande desafio.

Atualmente, o Estado da Bahia é composto por 417 municípios, pelos quais se distribui de forma desigual uma população de 14.018.542 habitantes. Essa população concentra-se nos municípios de maior porte e se caracteriza por uma distribuição bastante rarefeita em algumas regiões do Estado. Uma parte dos municípios baianos, especificamente 254, possui até 20.000 habitantes, 145 concentram entre 20.000 e 100.000 habitantes e apenas 18 municípios têm mais de 100 mil habitantes (ANDRADE, 2009).

Nos municípios de menor porte a situação é ainda mais grave, pois eles encontram-se distantes dos médios e grandes centros urbanos e enfrentam dificuldades na oferta e no acesso aos serviços de saúde. Estes municípios possuem, frequentemente, uma população em situação socioeconômica ruim, e o poder executivo possui uma baixa capacidade fiscal. Essa realidade revela a iniquidade do Estado e apresenta-se como um grande desafio para os gestores municipal e estadual na efetivação do SUS (ANDRADE, 2009).

Diante deste cenário, construiu-se a hipótese de que os gestores municipais encontram dificuldades na estruturação das ações e serviços de Atenção Básica, ressentindo-se da participação do Estado e do Ministério da Saúde em relação ao financiamento e ao apoio técnico.

5.2 ATORES

Para o desenvolvimento deste estudo foram utilizados dois universos: o primeiro são as portarias e as resoluções federais e estaduais que tratam do financiamento da

Atenção Básica. O segundo são os representantes da Diretoria do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde do Estado da Bahia (COSEMS-BA). Compuseram o universo de atores a serem entrevistados: o representante da Diretoria Executiva, os representantes na Comissão Intergestores Bipartite e os representantes da Comissão Intergestores Bipartite da Região Metropolitana.

A escolha pelos representantes do COSEMS-BA se deu por este ser uma instância colegiada representativa dos gestores municipais de saúde do Estado da Bahia, e, também, porque o COSEMS-BA tem as seguintes finalidades:

> Deliberar acerca de diretrizes gerais de atuação dos Secretários Municipais de Saúde; Representar os Secretários Municipais de Saúde da Bahia junto a instituições, conselhos, assembleias ou reuniões de caráter municipal, estadual ou nacional; Lutar pela implementação do SUS–BA, participando na qualidade de representante dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia; Lutar pela autonomia dos municípios; Deliberar juntamente com a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia sobre a gestão da Saúde no estado da Bahia; Apoiar o Conselho Estadual de Saúde no desenvolvimento de suas atividades (COSEMS, 2012).

Visto que este conselho representa os Secretários Municipais de Saúde na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que é o fórum de pactuação entre os gestores estadual e municipal e uma instância de caráter deliberativo, onde decisões sobre a Política Estadual de Saúde são definidas, avaliou-se ser de suma importância entrevistar estes atores. Já a escolha pelas portarias e resoluções que tratam da política e do financiamento da Atenção Básica deve-se ao fato de o Ministério da Saúde ter dado preferência a este tipo de instrumento para definir as bases e princípios fundamentais sobre os quais serão construídos os sistemas locais de saúde.

5.3 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada em duas etapas: a primeira consistiu na coleta de dados primários, desenvolvida mediante a realização de uma entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas, aplicadas aos atores-chave (representantes da diretoria da atual gestão do COSEMS–BA). Ao entrevistar tais gestores, pretendeu-se obter a visão preponderante do COSEMS-BA sobre o processo de financiamento da

Atenção Básica instituído no período do Pacto pela Saúde. Na segunda etapa, após a análise das entrevistas, realizou-se o levantamento de dados secundários, as portarias e resoluções federais e estaduais que tratam do financiamento da Atenção Básica.

A pesquisa foi desenvolvida seguindo as seguintes etapas:

1º) Realização de entrevistas com atores chave;

2º) Análise dos dados obtidos por meio das entrevistas – este produto norteou a revisão documental (portarias e resoluções);

3º) Revisão documental (portarias e resoluções).

Para o desenvolvimento deste estudo, o período de 2006 a 2010 foi escolhido para análise, pois foi este o período de implementação o Pacto pela Saúde. Tal escolha justifica-se, porque o Ministério da Saúde, ao instituir o Pacto pela Saúde, visava: superar a fragmentação das políticas e programas de saúde; organizar uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde; qualificar a gestão; reconhecer a autonomia dos entes federados ao extinguir os processos de habilitações e mudar a forma de transferência de recursos. E, pelo que foi observado, pouco se avançou com esta proposta.

Outro aspecto importante para a escolha deste período, é que os anos 2007-2010 constituíram o primeiro quadriênio da gestão estadual e segundo quadriênio da gestão federal. Cabe ressaltar que ambas as gestões possuem a mesma identidade partidária, o que poderia significar uma consonância nos projetos e nas políticas públicas de saúde propostas e desenvolvidas por estes governos. No entanto, a composição política do governo federal sofreu mudanças, entre as quais os atores que idealizavam o Pacto não foram os mesmos que o implementaram.

Acredita-se que com a mudança da corrente partidária à frente do Ministério da Saúde transformou-se o discurso e, consequentemente, o projeto político do Pacto pela Saúde.

Focando-se nos objetivos da pesquisa realizaram-se 06 (seis) entrevistas, baseadas num roteiro (APÊNDICE A). Conforme se desenrolava a entrevista e a dinâmica que a conversa imprimia, inseriam-se questões, para que o entrevistado desenvolvesse suas respostas e não se limitasse apenas a responder as questões colocadas.

Os sujeitos da pesquisa são os atores que têm participado e influenciado o cenário em que o financiamento da Atenção Básica é debatido e definido (CIB e CIT). Os sujeitos, homens e mulheres, não serão identificados quanto ao gênero.

Criou-se a categoria Gestor (G) que o identifica e significa sua inserção social no processo de gestão do SUS. Os atores entrevistados serão identificados como: G – Gestores e por uma numeração, cuja finalidade será ordenar as entrevistas para facilitar a análise de seus conteúdos.

Todos os gestores entrevistados serão identificados da seguinte forma:

- G1 (Gestor 1);
- G2 (Gestor 2);
- G3 (Gestor 3);
- G4 (Gestor 4);
- G5 (Gestor 5);
- G6 (Gestor 6).

As contribuições dos atores que disponibilizaram suas compreensões e análises acerca do financiamento da Atenção Básica foram de suma importância para a construção deste estudo.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sendo que a coleta de dados primários somente iniciou após a aprovação deste Comitê. O documento de Aprovação pelo CEP (ANEXO A) foi emitido em 23 de Outubro de 2012, o que atrasou o início da primeira etapa da coleta de dados do presente estudo.

Desta forma, foram obedecidos os princípios éticos em relação à coleta e análise dos dados, citaram-se as autorias das obras, respeitando-se as normas de pesquisa em saúde referidas pela resolução n° 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado e entregue, em duas vias, aos participantes do estudo. O entrevistado foi esclarecido, de maneira clara e

detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, dos objetivos e da justificativa deste estudo.

As gravações das entrevistas, ou seja, os registros das informações coletadas, ficarão sob guarda do pesquisador por cinco anos. Posteriormente serão destruídos, sendo que os mesmos serão utilizados somente para este estudo.

5.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DO MATERIAL DE PESQUISA: os caminhos percorridos

Para estruturação da dinâmica de investigação, utilizou-se a perspectiva da Análise de Discurso de Brandão (2004). A Análise de Discurso propõe o entendimento de um plano discursivo que articula linguagem e sociedade, entremeadas pelo contexto ideológico (ROCHA e DEUSDARÁ, 2005).

Para SILVA (2005, p. 17), a Análise do Discurso "busca apreender como a ideologia se materializa no discurso e como o discurso se materializa na língua, de modo a entender como o sujeito, atravessado pela ideologia de seu tempo, de seu lugar social, lança mão da língua para significar (-se)".

Já FOUCAULT (2011, p. 8) supõe que "em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório [...]", ou seja, "o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo pelo que se luta, o poder de que queremos nos apoderar" (FOUCAULT, 2011, p. 10).

Optou-se por esta perspectiva de análise, pois segundo BRANDÃO (2004, p. 11): "o ponto de articulação dos processos ideológicos e dos fenômenos linguísticos é, portanto, o discurso". Desta forma a linguagem, enquanto discurso, é o lugar privilegiado de manifestação ideológica, é um elemento de mediação necessária entre o homem e sua realidade, é um lugar de conflito, de confronto ideológico, e os processos que a constituem são histórico-sociais (BRANDÃO, 2004).

Neste trabalho, dois conceitos são nucleares para construir um quadro teórico que alie o linguístico ao sócio-histórico na Análise de Discurso, o conceito de ideologia e o de discurso. Concebe-se, neste estudo, o discurso como "o espaço em que saber e

poder se unem, se articulam, pois quem fala, fala de algum lugar, a partir de um direito que lhe é reconhecido socialmente" (BRANDÃO, 2009, p. 7).

O discurso é uma atividade comunicativa entre interlocutores, na qual se produz sentidos, de acordo com o tempo histórico, espaço geográfico e a comunidade à qual estes sujeitos pertencem. Os interlocutores carregam crenças, valores culturais, sociais, enfim, a ideologia do grupo, da comunidade em que estão inseridos. Estas ideologias aparecem nos discursos, por isso não há discurso neutro, todo discurso produz sentidos que expressam as posições sociais, culturais, ideológicas dos sujeitos da linguagem (BRANDÃO, 2009).

A formação discursiva determina "o que pode e deve ser dito" pelo sujeito a partir do lugar, da posição social, histórica e ideológica que ele ocupa. Sobre a formação discursiva, BRANDÃO (2009, p. 8) afirma:

> toda formação discursiva traz dentro de si, outras formações discursivas com que dialoga, contestando, replicando ou aliando-se a elas para dar força a sua fala. Por outro lado, um mesmo enunciado pode aparecer em formações discursivas diferentes, acarretando com isso sentidos diferentes conforme a posição sócio-ideológica de quem fala. Isso porque apesar de a língua ser a mesma gramaticalmente, ela não é a mesma do ponto de vista discursivo, isto é, da sua realização, por causa da interferência desses fatores externos: quem fala, para quem se fala, de que posição social e ideológica se fala.

Outro conceito importante da Análise de Discurso é a ideologia. A ideologia, na perspectiva marxista, segundo CHAUÍ (2008, p. 82) "é um dos instrumentos da dominação de classe e uma das formas da luta de classes. A ideologia é um dos meios usados pelos dominantes para exercer a dominação, fazendo com que esta não seja percebida como tal pelos dominados", ou seja, é um instrumento de dominação de classe, o qual transforma as ideias da classe dominante em ideias dominantes para a sociedade como um todo. Já a formação ideológica, segundo BRANDÃO (2009, p. 7), constitui-se como:

> o conjunto de atitudes e representações ou imagens que os falantes têm sobre si mesmos e sobre o interlocutor e o assunto em pauta. Essas atitudes, representações, imagens estão relacionadas com a posição social de onde falam ou escrevem, têm a ver com as relações de poder que se estabelecem entre eles e que são expressas quando interagem entre si.

Após a construção do caminho teórico-metodológico, adentrou-se na fase de exposição dos resultados, na qual se buscou ordenar a apreensão que se fez da realidade, com a realização da pesquisa de campo. As falas expressas nessa pesquisa enriqueceram o estudo por serem uma fotografia da realidade vivida pelos gestores municipais diante do financiamento e a estruturação da rede de serviços da Atenção Básica.

Dentre as etapas do estudo está o processo de transcrição das entrevistas. Ao produto da transcrição das entrevistas, aplicaram-se as "regras de formação[8]" dos discursos, dos quais foram extraídos os elementos que compõem o discurso: os objetos[9], os tipos de enunciação[10] e os conceitos e estratégias[11].

A pesquisadora, baseada no referencial da Análise de Discurso, utilizou o produto das entrevistas, e a partir da definição das Formações Discursivas (F.D) – que reúne um conjunto de enunciados (temáticos ou ideológicos) com características comuns, organizamos a Formação Ideológica (F.I). Desta forma, organizamos os conteúdos das entrevistas para análise nas Formações Discursivas e após as agregamos nas seguintes Formações Ideológicas:

- F.I – Atenção Básica nível de atenção estruturante do Sistema de Saúde

  - F.D - Atenção Básica Seletiva;

  - F.D – Atenção Básica Ampliada;

- F.I – O financiamento da Atenção Básica no SUS

  - F. D – Financiamento da saúde e a economia de escala;

  - F.D – Financiamento Público Universal;

  - F. D – O financiamento define a Política;

  - F.D – O financiamento da Atenção Básica;

  - F.D – Sistemas de Informação do SUS;

---

[8] Regras de formação: possibilitam a determinação dos elementos que compõe o discurso (FOUCALT, 1979 *apud* BRANDÃO, 2004, p. 32).

[9] Objetos: aparecem e coexistem e se transformam num espaço comum discursivo (BRANDÃO, 2004, p. 32).

[10] Tipos de enunciação: podem permear o discurso (BRANDÃO, 2004, p. 32).

[11] Conceitos e Estratégias: os conceitos aparecem e se transformam num campo discursivo, e as estratégias tratam de um sistema de relações que serão capazes de dar conta de uma formação discursiva (BRANDÃO, 2004).

- Formação Ideológica – Trabalho no setor saúde

  - F.D – A influência do Mercado

  - F.D – O que diz a Política de Atenção Básica

Aplicou-se esse processo de organização dos conteúdos as portarias, resoluções e documentos que tratam da PEAB e PNAB. Após esse momento, constituiu-se o **"interdiscurso[12]"**, e o produto deste processo foi a composição de categorias analíticas, analisadas a luz do referencial teórico que trata desta temática. As categorias analíticas serão apresentadas e discutidas no capítulo a seguir.

[12] Compreende-se neste estudo o **Interdiscurso** como sendo a constituição de um discurso em relação a outro já existente, isto é, trata-se de um conjunto de ideias, organizadas por meio da linguagem.

6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

O presente estudo teve como objetivo central analisar as bases de financiamento do SUS no campo da Atenção Básica dos municípios, evidenciando os conflitos presentes após a implantação do Pacto pela Saúde, bem como as incertezas que cerceiam seu financiamento. Vista a complexidade do tema, "Financiamento da Atenção Básica no Estado da Bahia", desenvolveu-se este estudo, pois a questão não se limita à quantidade de recursos, mas também à forma da alocação, ao trabalho em saúde e à concepção de modelo assistencial em saúde. Observou-se, no decorrer da pesquisa de campo, que estas questões estão intrinsecamente relacionadas e geram análises paradoxais entre os gestores municipais em relação ao financiamento deste nível de atenção.

No desenvolvimento desta pesquisa, os gestores municipais apresentaram o panorama dos seus enfrentamentos diários nas negociações, na organização dos arranjos políticos e da política de saúde diante das constantes mudanças da política pública de saúde. Ou seja, apresentaram a problemática do financiamento em todas as suas dimensões.

Desta forma, observou-se que os marcos sócio-históricos do SUS (reorientação do modelo; descentralização; crise do *Welfare State*[13]; financiamento) influenciaram na transformação da Estratégia de Saúde da Família como eixo estruturante do novo modelo assistencial brasileiro.

---

[13] Ao longo do século XX o Estado (das economias capitalistas desenvolvidas) desempenhou um papel singular como participante do intenso processo de expansão econômica e do exitoso enfrentamento das iniquidades geradas no interior das sociedades capitalistas. O chamado Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) cumpriu distintas funções estratégicas, todas consagradas ao enfrentamento da pobreza, do desemprego e da desigualdade. Após quase três décadas de sucesso, o Estado de Bem-Estar Social passou a enfrentar limites e obstáculos crescentes à sua continuidade no centro do capitalismo mundial. Diante de um novo ambiente econômico marcado pela profunda desregulação da concorrência intercapitalista e por modificações importantes na base tecnológica, em meio ao predomínio das altas finanças, o Estado de Bem-Estar Social passou a ser questionado a partir da crise do final dos anos 1970. O baixo crescimento econômico, a redução do pleno emprego, assim como as transformações no padrão produtivo inocularam novas formas de trabalho, muitas à margem das contratações coletivas ou legislações existentes prevaleceu neste período. A perda relativa de importância do emprego industrial, envolvida numa outra lógica de produção em redes mundiais, fragilizou compromissos sociais entre empregados e patrões, comprometendo as bases da sociedade salarial e esvaziando o conteúdo dos regimes democráticos. A flexibilização dos mercados de trabalho voltou a favorecer a maior desigualdade de renda, emergindo uma nova condição de pobreza e do desemprego. Não é coincidência que as várias reformas realizadas pelas forças políticas baseadas no ideário neoliberal, procuraram desviar o papel do Estado de Bem-Estar Social (POCHMANN, 2004).

A partir do referencial teórico, procurou-se refletir sobre a realidade do financiamento da Atenção Básica no período do Pacto pela Saúde. Acredita-se que compreender o contexto sócio histórico em que foi construída a política nos ajuda a olhar com maior profundidade as questões, elucidar as contradições, dificuldades e limitações da organização deste nível de atenção. Para proceder à análise sobre o tema proposto, foram delimitadas algumas categorias analíticas e suas respectivas subcategorias, como apresenta o quadro a seguir.

Quadro 2 - Sistematização das Categorias Analíticas.

Categorias Analíticas	Subcategorias
A Atenção Básica: o que dizem os atores e os documentos.	A Atenção Básica na Agenda da Saúde
	A implantação da Estratégia da Saúde da Família e a organização da rede: o impacto da Atenção Básica nos demais níveis de atenção
O trabalho no setor saúde: a crise da Equipe de Saúde da Família.	O que diz a Política de Atenção Básica sobre o trabalho em saúde
	A influência do mercado na estruturação da Atenção Básica
A problemática do financiamento da Atenção Básica	O Financiamento da Atenção Básica no Período Pacto Pela Saúde
	Quando o financiamento define a Política: a crise dos modelos de Incentivos
	Problemas do financiamento da Atenção Básica

Fonte: Elaboração própria.

6.1 A ATENÇÃO BÁSICA: o que dizem os atores e os documentos

6.1.1 A Atenção Básica na Agenda da Saúde

> É uma questão que eu venho debatendo bastante, há uma incongruência nessa afirmação, porque ao mesmo tempo em que a gente reafirma a Atenção Básica, a Estratégia da Saúde da Família [...] como estratégia de inversão de modelo de Atenção à Saúde e, principalmente, pautado na Atenção Primária à Saúde, a gente ainda continua com maior incremento de recursos, e ainda continua reforçando políticas em outros níveis de Atenção (G3).

No Brasil, o processo de descentralização do setor saúde foi impulsionado a partir da década de 1990. Os municípios, gradativamente, foram assumindo a gestão dos serviços de saúde, assim como a prestação direta das ações e programas de saúde.

A priorização da Atenção Básica pelo gestor federal, a partir de meados dos anos 1990, se inseriu numa perspectiva de reorganização do sistema, de mudança do modelo de atenção. Desta forma, o governo vislumbrava, com a reorientação do modelo de atenção, a consolidação dos princípios do SUS de universalidade e integralidade (CASTRO e MACHADO, 2010).

A partir da publicação da NOB/96 (NOB-SUS 01/96), o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) foram definidos pelo Ministério da Saúde como estratégias prioritárias para o fortalecimento da Atenção Básica nos sistemas municipais de saúde. Mas, é no ano de 1998, com a implementação da NOB/96 e início das habilitações das novas modalidades de gestão, que a maioria dos municípios brasileiros assume o processo de descentralização, em especial a agenda da Atenção Básica.

Diante deste cenário, os programas e as políticas voltadas ao primeiro nível de atenção tornam-se prioridade na agenda governamental, no discurso. Estas mudanças no sistema de saúde brasileiro visavam uma nova organização da Atenção Básica, assim como do modelo assistencial, priorizando ações preventivas e de promoção da saúde em detrimento das ações curativas de média e alta complexidade e hospitalares (BODESTEIN, 2002).

Ao analisar os documentos (portarias e resoluções) que tratam da Atenção Básica no Brasil, se observa, atualmente, os gestores federais influenciados pelos estudos desenvolvidos por Barbara Starfield sobre o tema *Primary Care*. A autora afirma que sistemas de saúde orientados para a Atenção Primária apresentam impacto positivo nos indicadores de morbimortalidade, pois promovem cuidados em saúde mais efetivos e alcançam maior efetividade, eficiência e equidade, quando comparados a sistemas voltados para atenção especializada (CASTRO e MACHADO, 2010).

Pode-se observar que esta ideia ecoa e aparece na fala dos gestores municipais.

> Além da afirmação, também tem montado [governo federal] algumas estratégias para poder fortalecer a Atenção Básica. É como, por exemplo, nos tivemos dentro do nosso município a oportunidade de a gente ser selecionado num projeto muito interessante, Saúde em Movimento, é onde nós podemos trabalhar com Atenção Básica em nível de melhorar a qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos (G4).

Quando publicada a nova Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, o Ministério da Saúde afirmava que havia a necessidade de uma revisão normativa da legislação acumulada durante oito anos, pois, desde o ano de 1998, não ocorriam mudanças nas diretrizes organizacionais deste nível de atenção (BRASIL, 2006).

> É, acho que enxergar a Atenção Básica como prioritária de verdade tem sido nos últimos anos, nos últimos anos mesmo. Apesar de desde a edição das NOB's e das NOAS se fala isso, se preconiza, desde a instituição da Estratégia de Saúde da Família, do Programa Saúde da Família ainda em 1994, mas assim eu acho que definir isso, assim de verdade, tratar isso como prioridade, eu vejo que isso tem sido nos últimos 4, 6 anos. Mas assim, eu ainda acho que ainda é uma prioridade muito tímida, não é? (G6).

Os gestores municipais corroboram a afirmação do Ministério da Saúde sobre a necessidade de colocar a Atenção Básica em evidência e rever suas bases legais. Observa-se que não é mencionado pelos secretários se esta priorização ocorreu também pelo poder executivo municipal e estadual.

A nova política, publicada em 2006, trazia em seu texto a redefinição dos princípios gerais, as responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais e regras de financiamento da Atenção Básica em Saúde, incluindo as especificidades da Saúde da Família. Segundo CASTRO E MACHADO (2010), o período de janeiro de 2003 a junho de 2008 foi marcado pelo grande volume de portarias relevantes para a Atenção Básica. No estudo realizado por estas autoras, observa-se que o número total de portarias caiu de forma expressiva entre 2003 e 2005, depois se estabilizou e pareceu apresentar nova tendência de aumento entre 2007 e 2008, sendo que o maior número de portarias correspondeu aos grupos de gestão e de financiamento.

Neste sentido, a PNAB de 2006, além de revisar as diretrizes e normas, revogou 28 portarias ministeriais então vigentes. O Ministério da Saúde, para chegar à proposta

final da nova Política de Atenção Básica, unificou várias normas anteriormente editadas.

> Acho que nunca os municípios, os gestores leram tanta portaria, leram tantos documentos, e vêm discutindo no atual momento como estamos vivendo. Isso é bom! Isso é bom, porque faz com que quando o Pacto sai em 2006, poucos conheciam o Pacto. Quando eu falo poucos, porque assim, nós temos 5.000 e poucos municípios no Brasil, na Bahia 417 municípios, e a gente, enquanto membros e diretoria do COSEMS, membros de CIB, que a gente vem há anos fazendo esta participação, a gente vê os gestores muito deslocados e muito pouco conhecendo (G1).

Esta edição excessiva e exaustiva da legislação infralegal, realizada pelo Ministério da Saúde, já fora identificada por outros autores (SANTOS e ANDRANDE, 2008; CASTRO e MACHADO, 2010), o que, à primeira vista, leva à reflexão de que os gestores locais da política pública de saúde ficam engessados, realizando um papel passivo de cumpridores de normas e resoluções. Evidencia-se, nos discursos dos gestores, que estes apenas cumprem as normativas legais, sendo pouco partícipes do processo de construção da Política de Saúde, em especial da Atenção Básica.

Cabe ressaltar que este nível de atenção é de responsabilidade de todos os municípios brasileiros. Contudo, poucos gestores participam da construção infralegal da Atenção Básica e, por fim, tomam conhecimento da política quando publicadas portarias e resoluções, como ilustra a fala anterior do entrevistado.

Diante do exposto, observa-se que a Atenção Básica, nas últimas décadas e anos, aparece como prioridade na agenda de organizações, instituições e governos. Entretanto, como afirma ROVERE (2012, p. 328), a prioridade da Atenção Básica na agenda dos Estados motiva-se pela redução de custos, uma tendência dos processos de reformistas dos países: *"En países con servicios o sistemas nacionales de salud a lo Beverige, con seguros universales a lo Bismark, con sistemas mixtos o aun con predominancia del subsector privado; sean motivados por la reducción de costos, a la APS aparece como eje de cambios o tendencias en el sector salud"*.

Os gestores municipais, principais organizadores e prestadores dos serviços de Atenção Básica, afirmam que é contraditória ou incongruente a afirmação realizada pelos demais entes federados de que este nível de atenção é prioritário.

> Apesar de a gente ter a Atenção Básica, um reforço na Atenção Básica, reforçado o PSF como estratégia, uma estratégia importante de inversão de modelo a partir da Atenção Primária, a gente não vem na verdade vendo isso na prática. Na prática eu não vejo isso acontecer, porque o reforço ainda é maior nos outros níveis de atenção. Se você pegar o bloco de financiamento, inclusive o PAB, em comparação com a MAC, a MAC é bem mais confortável que o PAB (G3).

Ainda que fossem repassados incentivos financeiros para organização da Atenção Básica, a partir da implantação do Programa Saúde da Família, no estudo realizado por SILVA *et al.* (2002*)* sobre a implantação do PSF no Brasil, até o ano de 2001 em apenas quatro estados menos de 50% dos municípios haviam implantado o programa, dentre os quais a Bahia. Segundo informações do Histórico de Cobertura do PSF no Estado da Bahia, em 2004 137 (cento e trinta e sete) dos 417 (quatrocentos e dezessete) municípios, não possuíam cobertura do programa.

De acordo com os dados apresentados, observa-se que a estruturação nível de atenção, baseado no PSF, não era uma prioridade das gestões municipais.

Sobre a questão da priorização da Atenção Básica a partir do financiamento, CARVALHO (2012) analisou os gastos federais em saúde por níveis de atenção, e evidenciou uma prevalência de alocação de recursos na Média Alta Complexidade (MAC) em comparação ao Piso da Atenção Básica fixo (PAB fixo).

Tabela 2 - Comparação do gasto MAC com o PAB fixo.

COMPARAÇÃO GASTO MAC COM PAB-FIXO - BRASIL - MS - 1995-2012									
	MÉDIA ALTA COMPLEXIDADE-MAC				ATENÇÃO BÁSICA - PAB FIXO				
ANO	VALOR COR-RENTE R$BI	VALOR COR-RIGIDO INPC R$BI	VALOR COR-RIGIDO PC R$	1995 = 100	VALOR COR-RENTE R$bi	VALOR COR-RIGIDO INPC R$BI	VALOR COR-RIGIDO PC R$	1995 = 100	MAC/ PAB FIXO PC
1995	**6,1**	19	121,6	100	**1,1**	3,5	22,4	100	5,4
1996	**6,6**	17,9	111,1	91,4	**1,1**	3,1	19,2	85,7	5,8
1997	**8**	20,4	127,6	104,9	**1,4**	3,6	22,5	100,2	5,7
1998	**7,4**	18,1	111,7	91,9	**1,7**	4,2	25,9	115,5	4,3
1999	**8,8**	20,7	126,4	104	**1,8**	4,2	25,6	114,1	4,9
2000	**9,8**	21,8	131,5	108,1	**1,7**	3,9	23,2	103,6	5,7
2001	**10,9**	22,5	130,7	107,5	**1,8**	3,7	21,5	95,8	6,1
2002	**11,7**	22,3	127,5	104,8	**1,9**	3,5	20,2	90,3	6,3
2003	**13,3**	21	118,7	97,6	**1,9**	3	16,9	75,6	7
2004	**15**	22,5	123,8	101,8	**2,1**	3,1	17,3	77,1	7,2
2005	**16**	22,5	122,3	100,6	**2,3**	3,3	17,9	79,8	6,8
2006	**17,8**	24,5	131,2	107,9	**2,5**	3,5	18,7	83,4	7
2007	**20,3**	26,8	145,7	119,8	**2,9**	3,8	20,5	91,6	7,1
2008	**22,6**	27,8	146,6	120,5	**3,3**	4	21,1	94,4	6,9
2009	**25,4**	29,8	155,5	127,8	**3,4**	4	20,7	92,5	7,5
2010	**30,1**	33,7	176,8	145,4	**3,7**	4,1	21,5	95,9	8,2
2011	**31,1**	32,6	169,6	139,5	**4,5**	4,7	24,3	108,5	7
2012*	**33,9**	33,9	174,5	143,5	**4,4**	4,4	22,6	101,1	7,7
FONTE: MS-SPO + LOA-2012 - CORREÇÃO INPC - JUN.2012- ESTUDOS GC -*estimativa da LOA									

Fonte: Carvalho (2012).

De acordo com os dados da Tabela 2, CARVALHO (2012) evidencia que os gastos com a MAC não só aumentaram, como também foram superiores aos realizados com o PAB fixo no período de 1995 a 2012.

Em relação às despesas declaradas pela gestão estadual no SIOPS, no período de 2006 a 2011, observa-se que a Assistência Hospitalar e Ambulatorial do Estado da Bahia recebeu um quantitativo de recursos superior ao da Atenção Básica, conforme as Tabelas 3 e 4.

Tabela 3 - Consulta de Despesa por subfunção, consolidada por fase de despesa, período de 2006 a 2008, Bahia.

Consulta de Despesa por subfunção da Administração Direta da Saúde, consolidada por fase de despesa.				
Bloco de Atenção	**Fase**	**2006**	**2007**	**2008**
Atenção Básica	**Dotação Atualizada**	R$ 65.658.915,00	R$ 60.554.330,00	R$ 55.840.705,00
	Despesa Empenhada	R$ 49.083.115,64	R$ 47.978.036,50	R$ 49.143.182,52
	Despesa Liquidada	R$ 49.083.115,64	R$ 47.978.036,50	R$ 49.143.182,52
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	**Dotação Atualizada**	R$ 1.000.801.910,00	R$ 957.196.430,00	R$ 1.108.670.843,00
	Despesa Empenhada	R$ 862.370.007,68	R$ 893.955.467,57	R$ 1.014.768.115,08
	Despesa Liquidada	R$ 862.370.007,68	R$ 879.188.864,33	R$ 994.782.805,40

Fonte: Adaptado de MS-SIOPS.
Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/rel_subfuncaouf.php>.

Tabela 4 - Consulta de Despesa por subfunção, consolidada por fase de despesa, período de 2009 a 2011, Bahia.

Consulta de Despesa por subfunção da Administração Direta da Saúde consolidada por fase de despesa				
Bloco de Atenção	**Fase**	**2009**	**2010**	**2011**
Atenção Básica	**Dotação Atualizada**	R$ 75.451.549,00	R$ 59.295.576,00	R$ 65.797.227,00
	Despesa Empenhada	R$ 65.406.177,19	R$ 53.549.533,17	R$ 63.271.216,60
	Despesa Liquidada	R$ 65.406.177,19	R$ 53.549.533,17	R$ 63.271.216,60
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	**Dotação Atualizada**	R$ 1.336.133.668,00	R$ 1.592.631.241,00	R$ 1.837.196.640,00
	Despesa Empenhada	R$ 1.282.565.582,16	R$ 1.536.264.477,95	R$ 1.780.675.516,81
	Despesa Liquidada	R$ 1.271.949.910,60	R$ 1.526.270.489,17	R$ 1.773.181.182,39

Fonte: Adaptado de MS-SIOPS.
Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/rel_subfuncaouf.php>.

Os gestores municipais do Estado da Bahia, na pesquisa de campo deste estudo, afirmaram ser incongruente a afirmação, tanto do governo federal quanto estadual, de

que a Atenção Básica é prioridade, quando falam sobre os recursos desembolsados por cada ente federado para financiar este nível de atenção.

> Olha só, é meio contraditória a afirmação, porque ele reafirma como sendo prioritária, realmente a gente pode ver muitos investimentos técnicos, de serviços em si, mas a Atenção Básica é subfinanciada, quando a gente pensa no foco do financiamento a gente observa que há um subfinanciamento, quando a gente analisa, muita gente aqui já deve ter te dito isso, mas quando a gente analisa os municípios, eles arcam com a maior parte do recurso que é com a maior parte do recurso que é gasto na atenção, principalmente, na Atenção Básica (G5).

Ainda que a Atenção Básica não seja priorizada na alocação de recursos, como evidenciam os dados apresentados nas Tabelas 2, 3 e 4, tanto o governo federal quanto o estadual afirmam em seus documentos oficiais que este nível de atenção é prioridade e é considerado como a principal porta de entrada no SUS.

A SESAB, em seu Relatório de Gestão do ano de 2009, afirmou que as Equipes de Saúde da Família são pensadas como a principal porta de entrada no SUS, e que estas equipes deverão ser responsáveis por solucionar a maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado dos usuários dentro dos outros níveis de atenção do sistema. “Nessa perspectiva, cabe a todos os municípios garantir a Atenção Básica à Saúde de sua população expandindo, qualificando e gerindo sua rede de serviços e ações de saúde” (BAHIA, 2010b, p. 219).

Sobre as competências de cada esfera de governo, a SESAB, em seu relatório de gestão coloca que especificamente na ESF:

> compete ao Ministério da Saúde (MS) definir e rever as diretrizes e as normas de funcionamento, aos Estados acompanhar e pactuar estratégias, diretrizes e normas de implementação e gestão da Saúde da Família no Estado e aos municípios assegurar o funcionamento das equipes com qualidade, expandindo, qualificando e gerindo sua rede de serviços e ações de saúde (BAHIA, 2010b, p. 219).

O Ministério da Saúde corrobora tal afirmação ao publicar num Boletim Informativo a seguinte frase em relação à PNAB do ano de 2006:

> O Brasil ganhou, na área da Saúde, no último dia 28 de março, uma nova Política Nacional de Atenção Básica. Assinada pelo então Ministro da Saúde, Saraiva Felipe, após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, a Política estabelece a revisão de diretrizes e normas para a reorganização da Atenção Básica [...] A Política Nacional de Atenção Básica é, sem dúvida, um grande avanço na consolidação da descentralização e mais um importante passo na consolidação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006c).

Na Portaria nº 648, de março de 2006, ao tratar das responsabilidades de cada esfera de governo, consta que "Os municípios e o Distrito Federal, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território" (BRASIL, 2006b). Isto comprova o que os gestores municipais apontam, ao sentirem-se responsáveis pela organização e execução das ações de Atenção Básica, acrescentando a questão do financiamento – discussão que será desenvolvida adiante.

Os gestores municipais apontam que a Política Estadual de Saúde da Bahia está em consonância com a proposta do Governo Federal na priorização da Atenção Básica em Saúde, como afirma o documento de proposição da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF):

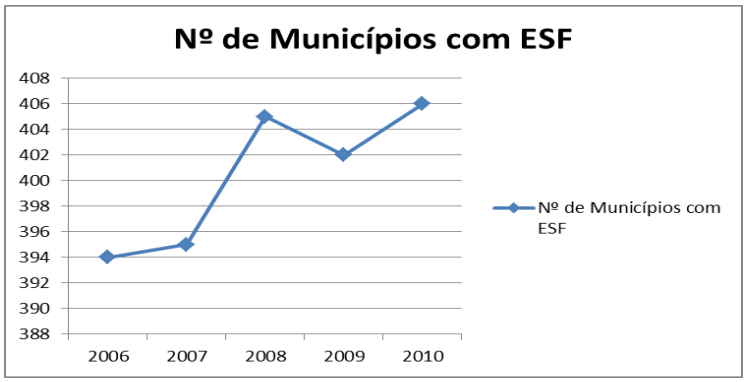
> No âmbito do poder executivo é fundamental que compartilhemos responsabilidade e somemos esforços de maneira democrática e solidária entre o Governo da Bahia, os Governos Municipais e o Governo Lula. O processo de Descentralização Solidária do Governo Wagner e o Pacto pela Saúde dão passos importantes nessa direção (BAHIA, 2007d, p. 9).

No ano de 2006, período em que foi publicada a "nova PNAB", o tema Atenção Básica foi pauta de dez reuniões da CIB, cujos temas das discussões tratavam: do fluxo de credenciamento das ESFs; repasse dos recursos referentes ao componente do Pré-natal na Atenção Básica; atraso do repasse do incentivo estadual do PSF; auditoria nos municípios; programação do Pacto pela Saúde; processo seletivo dos ACS e a Lei de Responsabilidade Fiscal; inconsistências no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Cadastro Nacional do Estabelecimentos de Saúde (CNES); repasse dos recursos financeiros após a Certificação das ESFs; carga horária do profissional médico e a suspensão de recursos, entre outros. Muitos dos problemas e dificuldades levantadas nas reuniões de 2006 permanecem como desafios a serem superados pela gestão estadual, como se verá nos próximos itens.

Em 2007, quando assumiu o governo o estadual, a equipe gestora da SESAB, do Governador Jaques Wagner, encontrou um estado que possuía os piores indicadores de saúde da região Nordeste, uma cobertura assistencial das mais baixas do país, inclusive no Programa de Saúde da Família (PSF), e também uma carência de profissionais de saúde. Diante deste cenário, a gestão estadual (2007-2010) assumiu, perante a população baiana, o compromisso de expandir e qualificar a Atenção Básica, buscando incluir socialmente os que, ao longo da história, foram discriminados, como os quilombolas e indígenas, entre outros.

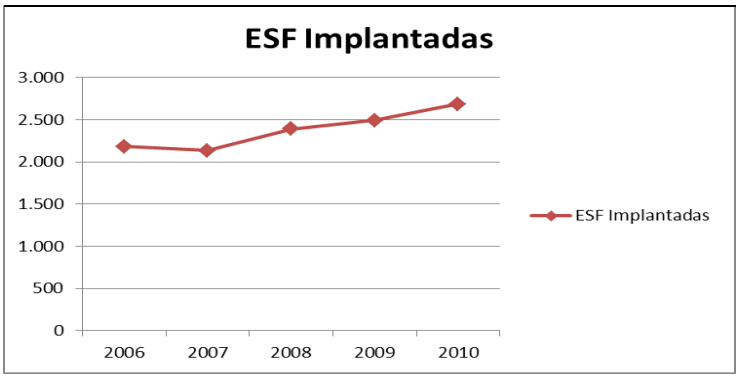
Para uma análise dos dados consolidados da Implantação da Estratégia de Saúde da Família do Estado da Bahia, no período de 2006 a 2010, apresenta-se a seguir a sua expansão nos municípios, em termos de equipes implantadas e grau de cobertura.

Gráfico 1 - Número de Municípios com ESF no Estado da Bahia, período dez/2006 a dez/2010.



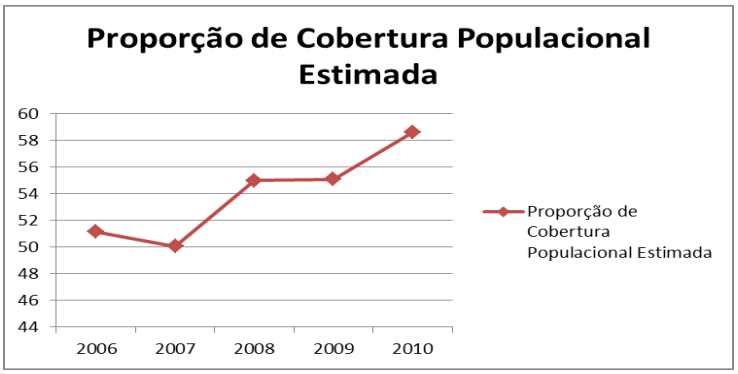
Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.
Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>.
.

Gráfico 2 - Número de ESFs implantadas no Estado da Bahia, período dez/2006 a dez/2010.



Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.
Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>.

Gráfico 3 - Proporção de Cobertura Populacional Estimada pela ESF no Estado da Bahia, período dez/2006 a dez/2010.



Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.
Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>.

A expansão da ESF no Estado da Bahia reflete um achado do estudo realizado por SOUSA e MERCHAN-HAMANN (2009) sobre o PSF, no qual afirmam que "situações diferenciadas de expansão aconteceram entre as diversas regiões, onde o Nordeste registrou os maiores incrementos em números de equipes, priorizando os vazios assistenciais em áreas rurais e periferia de grandes cidades" (SOUSA e MERCHAN-HAMANN, 2009, p. 723).

O tema Atenção Básica apareceu como pauta em 15 (quinze) das 16 (dezesseis) reuniões da CIB realizadas no ano de 2007, mas a origem das pautas foi diversa. Entretanto, assim como nas reuniões do ano anterior, todas as pautas envolviam questões relacionadas ao financiamento, o que, à primeira vista, demonstra que esta temática é de suma importância para construção da Atenção Básica.

Nestas reuniões, também foram debatidas questões relacionadas à Educação Permanente, em especial: o Curso de Formação dos Agentes Comunitários de Saúde; a Política de desprecarização dos vínculos, com ênfase na Lei nº 11.350, que trata da regulamentação das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias; aos Sistemas de Informação, com foco no SIAB e o CNES, e a questão da suspensão dos recursos na ausência do profissional médico; a definição dos recursos da CER; os indicadores do Pacto; a proposição de um estudo sobre a viabilidade econômica e financeira da Fundação Estatal da Saúde da Família (FESF); o debate sobre a alteração do decreto de 2004, que trata do Incentivo Estadual da Saúde da Família; e apresentação do reajuste do valor do incentivo.

No ano de 2008, a Atenção Básica foi debatida em 11 (onze) das 14 (quatorze) reuniões da CIB, que aconteceram ao longo do ano. Entre os temas debatidos estão: o processo de seleção pública dos ACS a ser realizada pela SESAB; a entrega dos relatórios de gestão para manutenção do recebimento do Incentivo Estadual da Saúde da Família; apresentação da avaliação e prestação de contas da PEAB; os critérios para que os municípios possam assumir o Comando Único do sistema local de saúde; apresentação dos componentes da CER; revisão da resolução CIB nº 91, que tratava sobre o financiamento estadual da AB, assim como corte e suspensão do recurso, entre outras questões.

Alguns pontos foram destacados ao serem analisados os conteúdos das discussões e as pautas da CIB neste ano, como o processo de implantação do Pacto, a questão do profissional médico e o debate sobre a utilização dos recursos da AB em outros níveis de atenção. Mas estes pontos serão discutidos e desenvolvidos nos itens que tratam especificamente destas temáticas.

Já em 2009, após o processo de eleitoral nos municípios e todas as mudanças ocorridas nas gestões das Secretarias de Saúde, das 13 (treze) reuniões da CIB, sendo que destas duas (duas) foram extraordinárias, a Atenção Básica apareceu como ponto de pauta em 10 (dez) reuniões. As reuniões deste ano foram fortemente influenciadas pelo processo de implantação do Pacto pela Saúde. Nas primeiras reuniões, o debate sobre o Relatório Anual de Gestão, instituído pelo Pacto, foi o centro do debate: de um lado o estado, referindo não ter condições de analisar tecnicamente todos os relatórios e, de outro, os gestores municipais, contrapondo-se à penalização possível, que é a suspensão do repasse de recursos estaduais ao município.

Ao analisarem-se as atas das reuniões CIB, outra questão destacada foi o posicionamento dos gestores dos municípios de pequeno porte sobre os programas propostos pelo Ministério da Saúde. Neste ano, foram apresentados projetos e programas, (Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família – NASF e Plano Nacional de Construções de ESFs) financiados pelo governo federal, relacionados à Atenção Básica. Porém, os critérios estabelecidos para os municípios aderirem aos programas excluíram do processo uma parcela importante dos municípios baianos, em especial, os com a população menor que vinte mil habitantes.

O ano de 2010, último ano do primeiro quadriênio de gestão do governo de Jaques Wagner, foi um período marcado pelo processo eleitoral dos governos federal e estadual. Neste ano, a Atenção Básica apareceu como tema de 8 (oito) das 12 (doze) reuniões da CIB e a Diretoria da Atenção Básica (DAB) apresentou alguns produtos de sua equipe nas reuniões: as Diretrizes Estaduais do NASF e o Acolhimento Pedagógico (antigo Introdutório para Saúde da Família).

Observa-se que em todas as reuniões da CIB o tema Atenção Básica esteve em discussão, ora através da apresentação de projetos e propostas elaboradas pela DAB e também por outras diretorias da SESAB (Diretoria de Gestão e Cuidado-DGC; Diretoria de Vigilância Epidemiológica-DIVEP, entre outras), ora pela fala dos gestores, ao relatarem suas dificuldades e limitações no desenvolvimento e implantação deste nível de atenção.

Ainda que houvesse uma intensa produção das diretorias da SESAB, em especial da DAB, sobre a Atenção Básica (Apoio Institucional, Linhas de Cuidado, Fundação Estatal de Saúde da Família, NASF, etc.), os gestores municipais apontam que o Estado da Bahia poderia investir mais na Atenção Básica.

> Fora isso, as ações do Ministério, nós também temos um grande problema, ainda estando no papel, mesmo estando no discurso, a Atenção Básica como prioridade, a gente percebe que os estados em si, eu falo especificamente do Estado da Bahia também, ainda precisa aportar - mesmo repassando o incentivo para Atenção Básica no valor de R$ 1.500,00 reais fundo a fundo para os municípios - ainda é necessário que se aporte mais recurso, uma vez que se você for observar o estado da Bahia investiu apenas 2 e pouco, quase 3% do orçamento da Secretaria de Saúde na Atenção Básica, o que é muito pouco, e que infelizmente é necessário que se amplie ainda mais esse financiamento (G2).

Segundo o Histórico do Percentual Mínimo e Aplicado pelos estados de acordo com a EC-29, o estado da Bahia tem aplicado o percentual mínimo (12%), de recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde, conforme a Tabela 5.

Tabela 5 - Percentual mínimo e aplicado pelo estado de acordo com a EC-29, Bahia.

HISTÓRICO DO PERCENTUAL MÍNIMO E APLICADO PELO ESTADO DE ACORDO COM A EC-29										
Estado	**2006**		**2007**		**2008**		**2009**		**2010**	
	% mínimo	**% aplicado**	**% mínimo**	**% aplicado**	**% mínimo**	**% aplicado**	**% mínimo**	**% aplicado**	**% mínimo**	**% aplicado**
Bahia	12	12,17	12	12,63	12	12,77	12	13,89	12	13,67

Fonte: MS-SIOPS
Disponível em: <http://siops-homologa2.datasus.gov.br/evolpercEC29UF.php>.

Contudo, apesar da busca por informações em documentos públicos que tratam do Orçamento da Saúde do Estado, não se conseguiu estabelecer a porcentagem do recurso aplicado pelo estado da Bahia, de acordo com a EC-29 no setor saúde, alocado para Atenção Básica. De acordo com a fala dos entrevistados, este valor variaria em torno dos 2 a 3%.

Ainda sobre a discussão da priorização da Atenção Básica, alguns gestores avaliam positivamente esta definição no nível federal e estadual, porque isso fortalece o papel do Secretário Municipal de Saúde junto aos prefeitos na definição dos recursos e orçamentos deste nível de atenção.

> Mas só o fato de colocar que a Atenção Básica é realmente ordenadora do cuidado que ela precisa ser fortalecida, isso vem a fortalecer aos municípios a nível, gestores municipais, aí eu coloco o gestor maior de cada município, que são os prefeitos, chama mais atenção também dele não só do gestor de saúde de que é necessário realmente o fortalecer essa Atenção Básica (G1).

Diante do exposto, observa-se que a Atenção Básica vem sendo priorizada no discurso, e principalmente, na edição de documentos, resoluções publicadas pelo governo estadual e federal. No entanto, alguns problemas relacionados ao financiamento e definição de alguns pontos da Política de Atenção Básica persistem, e ambos poderão comprometer a estruturação deste nível de atenção, assim como o modelo assistencial da saúde.

6.1.2 A Implantação da Estratégia da Saúde da Família e a Organização da Rede: o impacto da Atenção Básica nos demais níveis de atenção

Na década de 1990, o Ministério da Saúde decide por implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como medida de enfrentamento dos graves índices de morbimortalidade materna e infantil na Região Nordeste do país. Alguns anos após, criou o Programa de Saúde da Família (PSF). Mas, é com a publicação da Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997, que o Ministério da Saúde define oficialmente as normas e diretrizes, com vistas a regulamentar a implantação e operacionalização dos referidos programas: "o Ministério da Saúde reconhece no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e no Programa de Saúde da Família importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar" (BRASIL, 1997b, p. 1).

Entretanto, o debate sobre a constituição deste nível de atenção é paradoxal, de um lado os que defendiam a Atenção Básica/Primária Ampliada, de outro o governo federal propondo uma Atenção Básica/Primária Seletiva, ou seja, um pacote básico de ações e serviços a serem ofertados para as populações periférica dos municípios.

No grupo que problematiza o Programa Saúde da Família, tem-se a pesquisadora Laura Tavares Soares, que tece críticas ao programa:

> Em primeiro lugar, trata-se de um programa vertical, que foi imposto de cima para baixo pelo Ministério da Saúde, totalmente normatizado no nível central, e bancado por *incentivos* financeiros no repasse de recursos aos municípios, obrigando, na prática, a sua adoção por parte dos governos municipais. É um programa que desconsidera totalmente a enorme heterogeneidade entre os municípios na oferta de serviços de saúde – a maioria dos quais ainda não possui uma rede regionalizada e hierarquizada que garanta o acesso universal a todos os níveis de atenção – o que limita o atendimento dado pelo PSF a uma simples "porta de entrada", sem resolutividade e sem "porta de saída". O estrangulamento dos encaminhamentos feitos pelas equipes do PSF para os níveis secundário e terciário de atenção é conhecido por todos (SOARES, 2005, p. 2).

Entretanto, existem grupos que divergem desta análise, identificam as limitações do PSF, mas o defendem como uma potente estratégia de mudança do modelo assistencial. Neste grupo, são identificadas as pesquisadoras da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Sarah Escorel e Ligia Giovanella. ESCOREL *et al.*, (2007) realizaram um

estudo de caso que toma como base os resultados de uma pesquisa desenvolvida pelo Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ), realizada para examinar os fatores facilitadores e limitantes da implantação do Programa Saúde da Família em grandes centros urbanos.

Neste estudo, as autoras constatam que não há uniformidade quanto às modalidades implementadas do PSF, e apresentam as seguintes conclusões sobre o programa:

> em alguns casos, o PSF desencadeou a reorganização do sistema de atenção, realizando-se como estratégia estruturante do sistema municipal. Conclui-se que a implementação da estratégia de saúde da família em grandes centros urbanos difunde uma nova perspectiva para a atenção primária no Brasil, voltada para a família e a comunidade, que tem potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial que efetivem o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos. Os resultados positivos de algumas das experiências estudadas sugerem que o sucesso da implementação da estratégia para a grande maioria da população brasileira, afora incentivos federais, dependerá de estratégias criativas locais para enfrentar a diversidade de nosso País (ESCOREL *et al.*, 2007, p. 175).

Embora pareça uma mera questão semântica, o debate sobre a denominação deste nível de atenção é de suma importância, pois se precisa desvelar o que há por trás destas definições de nomenclatura. Para GUSSO *et al.* (2012, p.94), para além da denominação existe a disputa de um projeto de organização do sistema público de saúde:

> Em um momento de reorganização do sistema de saúde, quando muitos interesses estão aflorados, os termos podem ser usados para a defesa de um ou outro grupo e não em benefício da ideia original. No caso do Sistema Único de Saúde, o objetivo comum deve ser colocar em prática seus princípios como universalidade, equidade e integralidade.

A Atenção Básica/Primária ganha espaço na agenda governamental, pois teve a Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma das principais agências incentivadoras, juntamente com outros organismos de cooperação internacional, após a Conferência de Alma-Ata em 1978, em que a APS foi considerada a principal estratégia para se atingir o objetivo de “Saúde para todos no ano 2000” (IBAÑEZ *et al.*, 2006) .

Deve-se lembrar que, a partir da década de 1980, as políticas de ajuste estrutural e as ideias sobre reforma do Estado traziam como alvo a redução de gastos públicos, o

que provocou um (des)financiamento das Políticas Sociais, em especial a da saúde. Essas ideias de contenção de gastos influenciaram na escolha de projetos de mais baixo custo e de curto prazo a serem financiados pelos governos.

Diante da crise econômica mundial, na década de 1990, intensificou-se um debate sobre custo e qualidade dos sistemas de saúde. Com isso, muitos países reformaram seus sistemas de saúde; a eficiência e o bom desempenho foram as diretrizes das políticas de saúde. Para IBAÑEZ *et al.* (2006, p. 686), foi neste cenário que "o **paradigma da economia da saúde**, baseado nos princípios da focalização e da seletividade, ganhou destaque na agenda dos organismos de cooperação internacional e passou a orientar a ação de instituições como o Banco Mundial, principal difusor dessas ideias".

Sobre a atuação do Banco Mundial na "orientação" sobre as políticas públicas de saúde, IBAÑEZ *et al.* (2006, p. 686) afirmam:

> O Banco Mundial defendia a ideia de **cestas básicas** de serviços de saúde, sugerindo que o setor público deveria prover um conjunto mínimo de ações essenciais aos que não pudessem arcar individualmente com os gastos em saúde. A cesta era composta tipicamente por ações classificadas como tecnologias simples e de alto impacto, como vacinação, pré-natal, ações de promoção e prevenção da saúde, ou seja, o mesmo conjunto de ações que compõem a atenção primária desde sua origem. As demais ações em saúde, especialmente aquelas de diagnóstico e terapia que implicam maior custo, deveriam ser ofertadas pelo setor privado.

No Brasil, o período pós-1995 foi marcado pela expansão da Atenção Básica de Saúde, incentivada pelo Ministério da Saúde e, posteriormente, pelas secretarias estaduais (MARQUES e MENDES, 2003), etapa do processo de descentralização das ações e serviços de saúde. FRANCO e MERHY (2003) apontam que o PSF e o PACS ganharam notoriedade na saúde pública brasileira, ao tornarem-se a principal estratégia de mudança do modelo assistencial hegemônico[14]. Alguns autores apontam que isso aconteceu porque de um lado havia pressões do Banco Mundial e, de outro, uma forte

[14] Modelo assistencial hegemônico: O modelo de medicina voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia é chamado de medicina científica ou biomedicina ou modelo flexneriano, em homenagem a Flexner, cujo relatório, em 1911, fundamentou a reforma das faculdades de medicina nos EUA e Canadá. No Brasil, a partir da década de 1970, o modelo flexneriano é incorporado na formação dos profissionais da área da saúde (JÚNIOR e ALVES, 2007).

ideia de direito público colocada sobre o sistema de saúde (SOARES, 2009; MATTOS, 2005; FRANCO e MERHY, 2003).

No ano de 1998, o Programa Saúde da Família deixou de ser um programa de governo e um pacote mínimo de ações; ao se transformar em Estratégia de Saúde da Família, tornou-se uma política de estado. Com isso, a ESF é eleita o principal modelo para reorientação da Atenção Primária brasileira, consolidando-se em 2006, a partir da publicação da Política Nacional da Atenção Básica, como pode-se observar na fala do gestor municipal:

> Olha de certa forma, praticamente 100% dos municípios brasileiros, eles têm buscado na Estratégia de Saúde da Família como seu modelo prioritário para reorientação de seu sistema local de saúde, mas eu podia, posso te afirmar também, é por conta pela própria pressão da população que tem se organizado cada vez mais para ter o Programa Saúde da Família próximo da sua casa, próximo da sua residência, porque já enxergou que esse modelo é o modelo que mais condiz com a realidade da vida do cidadão no dia-a-dia [...] Eu tenho vivenciado isso na prática e cada dia que passa a população tem se organizado para reivindicar a Estratégia de Saúde da Família o mais próxima da sua moradia, mesmo estando sendo assistido por uma unidade de Saúde da Família, mas, às vezes um pouco distante da sua moradia, então sempre está tendo reivindicação para que isso ocorra mais próximo de sua família (G2).

No presente estudo, encontram-se resultados semelhantes aos de Sousa e Merchan-Hamann (2009) sobre análise do desenvolvimento do Programa de Saúde da Família (PSF) nos doze municípios pioneiros e as motivações dos gestores para implantação da ESF na dimensão política. Segundo estes autores, “o gestor nacional apresentou sua motivação na implantação do PSF, quanto ao desejo de essa estratégia contribuir para a organização do SUS e reordenamento do sistema; os estaduais, na mudança do modelo assistencial; e os municipais, na organização da Atenção Básica” (SOUSA e MERCHAN-HAMANN, 2009, p. 717).

Porém, faz-se necessário refletir sobre o papel deste nível de atenção no SUS, pois não é possível implantar um sistema público de saúde universal, integral e resolutivo apenas com Equipes de Saúde da Família, sem uma rede assistencial de média e alta complexidade que atenda as necessidades e demandas da população dos municípios, microrregiões, macrorregiões e estados. O fortalecimento da Atenção Básica é fundamental, pois a sua estruturação e organização impactam as condições de saúde da população, como afirma o gestor:

> A gente vem provando na organização que a gente tem feito no município, uma organização a partir da Atenção Básica, e a gente já tem resultados que provam que é suficiente. É suficiente sim para dar conta das necessidades que a população tem em grande parte tem. Foi muito importante também ter reforço nas outras áreas [...] Mas eu preciso reforçar mais ainda a Atenção Básica, porque a gente já provou que uma Atenção Básica organizada, qualificada, ela consegue muito dar conta da universalização do sistema, ela consegue fazer com que a gente tenha porta abertas para o usuário acesse o sistema. E quando a Atenção Básica é qualificada, ela sim, no município serve como ordenadora do sistema, não só aquele lugar que você carimba a autorização para o procedimento, mas aquele lugar que você de certa forma mesmo, ela vai orientar o cuidado (G2).

Alguns estudos apontam o papel estratégico que a Atenção Básica desempenha no SUS. Por exemplo, os dados de estudos nacionais mostraram que, entre 1998 e 2003, houve melhora expressiva em vários indicadores de saúde analisados, particularmente em decorrência da expansão da Atenção Básica. Em relação ao acesso aos serviços de saúde, no ano de 2003, cerca de 80% da população brasileira referiram ter um serviço de uso regular contra 71,2%, em 1998. E o serviço de uso regular mais comum referido na pesquisa era o posto de saúde. Neste período, também foi identificado o aumento da proporção de pessoas que realizaram pelo menos uma consulta médica no ano que antecedeu a pesquisa: de 54,7% para 62,8%, respectivamente (BODSTEIN *et al.*, 2006).

No Pacto pela Saúde, visando à operacionalização da Atenção Básica, foram definidas como áreas para atuação estratégica, em todo o território nacional, a "eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes *mellitus*, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2006b, p. 11).

No período do Pacto, de 2006 a 2010, segundo dados da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA/SESAB), observa-se uma redução da Mortalidade Infantil (Quadro 3); aumento da proporção de casos de tuberculose pulmonar bacilífera com tratamento supervisionado (Quadro 4); Cobertura populacional estimada das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família (Quadro 5).

Quadro 3 - Indicadores do Pacto pela Saúde, área estratégica Saúde da Criança, período 2006 a 2010.

MORTALIDADE INFANTIL POR 1.000 NASCIDOS VIVOS	2006	2007	2008	2009	2010
	21,8	19,8	18,4	18,7	17,7

Fonte: Adaptado de SUVISA/SESAB-SIM/SINASC.
Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/dis/PactoPortal.html>.

Os dados apresentados sobre a área da Saúde da Criança expressam que houve uma redução no risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida no Estado da Bahia. Esta situação reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil dos municípios baianos (BRASIL, 2008b).

Quadro 4 - Indicadores do Pacto pela Saúde, área estratégica Controle da tuberculose, período 2006 a 2010.

PROPORÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA COM TRATAMENTO SUPERVISIONADO, SEGUNDO MACRO/MICRO/MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA. BAHIA, 2007-2010.	2006	2007	2008	2009	2010
	-	**30,8**	**33,5**	**34,1**	**36,6**

Fonte: Adaptado de SESAB/SUVISA/DIS – SINAN.
Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/dis/PactoPortal.html>.

O controle da tuberculose tornou-se um grande desafio para os gestores da saúde, devido à magnitude, incidência e prevalência da doença. O Estado da Bahia apresentou uma elevação na proporção de casos de tuberculose pulmonar bacilífera com tratamento supervisionado. O tratamento diretamente observado consiste na vigilância, pelo profissional de saúde, da ingestão do medicamento. A realização do tratamento diretamente observado é uma recomendação da Organização Mundial da Saúde, como uma estratégia para melhorar a adesão do paciente ao tratamento e, consequentemente, contribuir para o alcance da cura do doente (BRASIL, 2010b). Esta ação, que é de suma importância para o controle da doença, gera um custo tanto para o Sistema de Saúde

quanto para o usuário, que necessita deslocar-se, diariamente ou três vezes por semana, até o serviço de saúde, durante seis meses (período do tratamento).

Quadro 5 - Indicadores do Pacto pela Saúde, área estratégica Saúde Bucal, período 2006 a 2010.

Cobertura populacional estimada das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família por município. Bahia, 2006-2010	2006	2007	2008	2009	2010
	31,85%	**29,48%**	**35,63%**	**38,16%**	**41,51%**

Fonte: Adaptado de SUVISA/SESAB - MS/DAB.
Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/dis/PactoPortal.html>.

Em relação à Saúde Bucal, observa-se, no Quadro 5, uma elevação importante da cobertura populacional estimada das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família por município. O aumento deste indicador revela que a saúde bucal na saúde da família constituiu-se como estratégia orientadora da reorganização da Atenção Básica em saúde bucal no estado.

Porém, outros indicadores apresentaram redução, como a Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população-alvo (Quadro 6); Proporção de gestantes testadas para sífilis - 02 exames de VDRL durante o pré-natal (Quadro 7); Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados (Quadro 8); Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífero; outros apresentaram elevação negativa, como o caso Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (Infarto agudo do miocárdio; Doenças cerebrovasculares; Diabetes *mellitus*) por 100.000 habitantes (Quadro 9).

Quadro 6 - Indicadores do Pacto pela Saúde, área estratégica Saúde da Mulher, período 2006 a 2010.

RAZÃO ENTRE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 59 ANOS E A POPULAÇÃO-ALVO, EM DETERMINADO LOCAL E ANO.	2006	2007	2008	2009	2010
	0,15	**0,12**	**0,12**	**0,15**	**0,10**

Fonte: Adaptado de SUVISA/SESAB - DATASUS/SISCOLO.
Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/dis/PactoPortal.html>.

O indicador da área da saúde da mulher expressa a produção e a oferta de exames citopatológicos do colo do útero (Papanicolaou) na população feminina desta faixa etária. Logo, sua redução aponta uma dificuldade dos serviços de saúde de Atenção Básica na realização de ações de rastreamento do câncer do colo do útero (BRASIL, 2012).

Quadro 7 - Indicadores do Pacto pela Saúde, área estratégica Saúde Materna-Infantil, período 2006 a 2010.

PROPORÇÃO DE GESTANTES TESTADAS PARA SÍFILIS (02 VDRL), SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA E ANO. BAHIA	2006	2007	2008	2009*	2010
	23,80	22,88	21,51	21,27	16,51

Fonte: Adaptado de SESAB/SAIS/DGC - SISPRENATAL
Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/dis/PactoPortal.html>.

Uma das ações estratégicas do Pacto pela Saúde para redução da Mortalidade Materna e Infantil é a redução dos casos de sífilis congênita. A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu concepto, por via transplacentária. A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna.

Este indicador expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades, durante a gestação e também durante o parto. Quando não são realizados estes exames, aumenta a taxa de sífilis congênita. No Estado da Bahia, a proporção de gestantes testadas para sífilis (02 VDRL) durante o pré-natal apresentou um declínio importante no período de 2006 a 2010.

Quadro 8 - Indicadores do Pacto pela Saúde, área estratégica Eliminação da Hanseníase, período 2006 a 2010.

PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES, ESTADO DA BAHIA – 2006-2010										
	2006		2007		2008		2009		2010	
ANO	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	2929	85,47	2678	83,19	2423	80,74	2207	78,71	2202	73,5

Fonte: Adaptado de SESAB/SUVISA/DIS - SINAN NET
Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/dis/PactoPortal.html>.

A partir de 2007, o Estado da Bahia apresenta um declínio no percentual de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados. Esse indicador mede a qualidade do atendimento dos serviços de saúde para a hanseníase, expressando a efetividade dos serviços ao assegurar a adesão ao tratamento até a alta, sendo de grande relevância. A redução do indicador preocupa, uma vez que a ausência de cura da doença poderá aumentar os focos de contágio. E, por ser uma doença que gera incapacidades físicas se não tratada adequadamente, analisar este indicador é de suma importância.

Quadro 9 - Indicadores do Pacto pela Saúde, área estratégica Coeficiente de Mortalidade[15] para algumas causas selecionadas, período 2006 a 2010.

Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100.000 habitantes)	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**
Infarto agudo do miocárdio	26,7	25,1	26,1	26,4	28,8
Doenças cerebrovasculares	44,0	42,9	41,0	42,0	43,4
Diabetes *mellitus*	22,8	24,8	25,5	26,9	27,8

Fonte: Adaptado de SESAB/SUVISA/DIS - SINAN NET
Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/dis/cadernos_saude.html>.

A elevação do coeficiente de mortalidade para algumas doenças, em especial as crônicas degenerativas, principalmente infarto agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares e *diabetes mellitus*, à primeira vista refletem a situação do estado brasileiro, no qual as doenças crônicas degenerativas estão entre as primeiras causas de mortalidade. Estas doenças acometem a população adulta, e suas complicações oneram o sistema público de saúde com gastos com consultas especializadas, medicamentos especiais, procedimentos e internações hospitalares.

A situação ilustrada pelos indicadores de saúde sinaliza que a expansão da rede assistencial da Atenção Básica é de suma importância e, associada a outras políticas públicas, impactam as condições de saúde da população. Contudo, outros aspectos precisam ser considerados e, tendo em vista a complexidade dos problemas de saúde apresentados por nossa população, muitos são os fatores (sociais, econômicos, culturais) que influenciam no aumento ou redução destes indicadores. [15]

[15] Coeficiente de Mortalidade: É a relação entre a frequência absoluta de óbitos e o número dos expostos ao risco de morrer. Permite conhecer os riscos de morrer por uma determinada causa e, consequentemente, orientar sua prevenção específica. Nas doenças transmissíveis é bom indicador para avaliar a eficácia e o impacto de medidas de prevenção e controle adotadas. Relaciona o número de óbitos por uma determinada causa pela população exposta (PEREIRA, 2007).

Ao tornar-se uma das principais portas de entrada ao sistema de saúde, a rede de serviços de Atenção Básica deve resolver e evitar a maioria dos problemas de saúde da população, quando desenvolvida em condições adequadas. Segundo FEUERWERKER (2005), a hierarquização e a definição de uma porta de entrada capaz de "resolver 80% dos problemas de saúde" correspondem a um esforço de racionalização dos recursos financeiros e técnicos disponíveis para estruturação do sistema de saúde brasileiro. Porém, a definição de uma única porta de entrada, ou porta de entrada prioritária, esbarra exatamente na baixa capacidade das equipes de efetivamente resolverem problemas e atenderem as demandas e necessidades de saúde da população. Para a autora, a baixa resolubilidade pode ser explicada de várias maneiras, entre as quais:

> a desarticulação entre a atenção básica e os demais serviços de saúde, já que os sistemas de saúde são organizados por níveis – atenção básica e atenção especializada (dividida em média e alta complexidade) – e não há mecanismos de articulação entre eles, que são operados e financiados segundo lógicas distintas (per capita x procedimentos); as importantes limitações da chamada "média complexidade" (que restringem o acesso a procedimentos diagnósticos e ao apoio de especialistas); o próprio perfil de formação dos profissionais, particularmente os médicos, que enfrentam profundas dificuldades para dar conta da complexidade dos problemas de saúde mais frequentes (tanto em aspectos estritamente clínicos, como em sua relação com as questões sociais como as condições de vida e a violência, por exemplo) (FEUERWERKER, 2005, p. 494).

As equipes de saúde dos serviços de Atenção Básica, também têm sua resolutividade reduzida devido à dificuldade no acesso à Atenção Secundária, pois há uma carência de oferta de serviços públicos municipais de média e alta complexidade em algumas cidades brasileiras (ESCOREL *et al.*, 2007), como observa-se na fala do gestor municipal:

> Agora, dentro de um processo de rede, porque não adianta você ter uma Atenção Básica que vá se fortalecer se você não tem uma sequência pós-Atenção Básica. Não adianta você estruturar uma UPA, estruturar um SAMU, se você não tem uma rede de urgência e emergência estruturada dentro da Atenção Básica, passando pela assistência farmacêutica, não adianta você ter sala de estabilização, sem ter UPA, ter SAMU, Central de regulação, central de internação domiciliar, se você lá na frente não tiver já na ponta a questão do leito de UTI, a questão dos hospitais de referência, enfim, para a gente garantir a integralidade é um processo complexo e que a gente precisa começar a estruturar um projeto de regionalização, descentralização e conformação da rede. Não digo nem mais hierarquizada, mas uma poliarquia, para que a gente possa ter de fato um Sistema Único de Saúde que funcione e que o cidadão tenha seu problema resolvido (G2).

Ao se refletir sobre a questão do acesso, observa-se uma maior cobertura da ESF em municípios de pequeno porte. Um estudo de linha de base, realizado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), no período de março a julho de 2005, em 21 municípios dos Estados da Bahia, Ceará e Sergipe, indicados pelo Ministério da Saúde, analisou a Implantação do PROESF e a questão da cobertura do PSF. Nos municípios participantes da pesquisa, identificou-se que na expansão da rede de serviços de Atenção Básica, ou seja, para a ampliação da cobertura do PSF, predominaram os critérios de áreas críticas de risco sócio-epidemiológico e cobertura assistencial.

No Estado da Bahia, segundo informações do MS/SAS/ DAB e IBGE de 2010, o número de municípios no estado com população menor que 20.000 (vinte mil) habitantes era de 239 (duzentos e trinta e nove), ou seja, 57% do municípios são considerados de pequeno porte. Destes municípios, 221 (duzentos e vinte e um), na competência de dezembro de 2010, apresentavam uma proporção de cobertura populacional estimada pela ESF em 50% ou mais.

A alta cobertura das ESFs nos municípios menores, à primeira vista, pode estar relacionada aos vazios assistenciais dos serviços de média e alta complexidade de algumas regiões do interior do estado, como afirma o gestor municipal:

> Hoje o estado está dividido em 09 macrorregiões. Nós temos macrorregiões altamente assistidas de serviços de alta e médica complexidade, por exemplo, nós temos regiões onde a média e a alta complexidade não existe. Então se você for observar em nível de Atenção Básica, a maioria dos municípios, principalmente os municípios pobres por não ter média e alta têm uma cobertura excelente de Saúde da Família 80, 90, 100%, até mesmo mais de 100%, justamente para justificar ou para preencher a falta do equipamento mais complexo, a falta de um exame mais complexo. Então quando você tem esse desenho na Bahia é óbvio que o estado tem que observar até para você fazer um processo de regionalização e descentralização destes serviços para que as populações possam ser atendidas mais próximas da sua casa o possível para evitar o que acontece hoje, que é o inchaço da região metropolitana e da região específica da Capital, onde estão alocados os serviços de média e alta complexidade e que todo o interior de certa forma vem para cá buscar estes serviços, porque ele inexiste a nível de interior do estado (G2).

Contudo, ao se constituir como principal serviço ofertado à população, a Atenção Básica não pode ser a sua única porta de entrada, como afirmam SILVA JÚNIOR e ALVES (2007), porque as necessidades das pessoas se manifestam de maneira variável e precisam ser acolhidas. Os autores referem que “todas as partes do

sistema precisam se responsabilizar pelo resultado das ações de saúde e pela vida das pessoas. Mas, é fundamental que haja transformações no âmbito hospitalar e em outras partes do sistema de saúde" (SILVA JÚNIOR e ALVES 2007, p. 5).

6.2 O TRABALHO NO SETOR SAÚDE: a crise da equipe de saúde da família

A questão do trabalho no setor saúde sempre foi um dos grandes desafios da implantação do SUS. Quando iniciado o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, tempos de políticas de redução do Estado e de desfinanciamento dos setores sociais, os serviços públicos de saúde foram ampliados e cresceu o número de trabalhadores no setor (FEUERWERKER, 2005).

Diante desta expansão dos serviços de saúde no território brasileiro, a questão dos recursos humanos permaneceu como um dos "nós críticos" nos processos de mudanças da gestão e da atenção à saúde no país. Com a expansão dos serviços de saúde, foi necessário ampliar o número de trabalhadores do setor. Entretanto, o setor deparou-se com a escassez de quadros qualificados para o exercício da gestão dos sistemas e serviços e a precarização das relações de trabalho (PINTO e TEIXEIRA, 2011).

Ao longo destes 23 anos de construção do SUS e 19 anos de Saúde da Família ideias e valores oriundos do modelo médico-hegemônico são predominantes nas instituições e na sociedade. Observa-se a persistência da supervalorização do trabalho do médico, em detrimento do trabalho dos demais profissionais de saúde. Essa situação é notória quando se analisa os critérios para alocação e suspensão dos recursos da Atenção Básica.

Outra questão importante que vem impactando a organização e estruturação da rede de serviços de Atenção Básica é a tendência a terceirizações e cooperativização de trabalhadores da Atenção Básica em muitos estados e municípios.

O Estado da Bahia experienciou um processo de suma importância no campo da Gestão do Trabalho, eixo prioritário da Política Estadual de Atenção Básica. Em 2007, constituiu um Grupo de Trabalho para Carreira do Agente Comunitário de Saúde. E o resultado desta política foi 100% dos municípios com a aprovação de lei municipal de criação da Carreira do ACS.

Contudo, esta situação não reverberou para as demais categorias profissionais. Mesmo com a instituição da Fundação Estatal da Saúde da Família (FESF), em março de 2009, muitos municípios seguem realizando contratações por tempo determinado, realizando processos seletivos simplificados para compor as equipes de Atenção Básica, reforçando a precarização do trabalho em saúde.

A importância da temática – o trabalho no setor saúde – emerge tanto das entrevistas com os gestores municipais quanto da presença do tema como pauta das reuniões CIB. Um ponto debatido nas reuniões foi a questão da suspensão de recursos da Atenção Básica devido ao não cumprimento da carga horária de trabalho ou ausência do profissional médico na Equipe de Saúde da Família. As questões do profissional médico, que envolvem tanto o cumprimento da jornada de trabalho prevista na Portaria nº 648/2006, como a fixação deste trabalhador nos municípios, são recorrentes nas reuniões da CIB.

Além destas dificuldades ilustradas, constata-se dificuldade de fixação dos trabalhadores na ESF, pois a maioria dos municípios apresenta uma alta rotatividade de trabalhadores, em especial do profissional médico. Contudo, a única proposta apresentada pelo governo estadual para resolver o problema da fixação e cumprimento da jornada de trabalho pelos profissionais de nível superior, em especial os médicos, foi a instituição da FESF.

Nos próximos itens buscar-se-á analisar o que dizem os documentos oficiais e as falas dos gestores municipais de saúde diante da questão do trabalho no setor saúde.

6.2.1 O Que Diz a Política de Atenção Básica Sobre o Trabalho em Saúde

A partir da publicação da Portaria nº 399/2006, o Pacto pela Vida definiu como prioridade a consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica à Saúde e centro ordenador do cuidado aos usuários nas redes de atenção à saúde no SUS. E, no mesmo ano de publicação da portaria que institui o Pacto, o Ministério da Saúde apoiou iniciativas de qualificação e formação de recursos humanos para a Atenção Básica, reforçando a importância da inserção e integração da formação com os serviços.

Entre essas iniciativas está o repasse de recursos financeiros para os municípios que receberam curso de graduação, para os municípios que recebem alunos de Enfermagem, Medicina e/ou Odontologia, em Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família municipais, e também aos municípios que recebem em Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família municipais, médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade, cadastrados na Comissão Nacional de Residência Médica (BRASIL, 2006c).

Na nova Política Nacional de Atenção Básica, o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família e Atenção Básica têm semelhanças, porém a primeira caracteriza-se pela realização do cadastro familiar e pela ação focada na família. Entretanto, quando se analisa o financiamento destas modalidades de serviços, verifica-se que as diferenças influenciam na organização deste nível de atenção no município.

A Portaria nº 648/2006 define alguns itens da infraestrutura e recursos necessários a realização da Atenção Básica nos municípios, entre eles estão:

> I - Unidade(s) Básica(s) de Saúde (UBS) com ou sem Saúde da Família inscrita(s) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, de acordo com as normas sanitárias vigentes; [...] III - equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros; [...] VI - equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica; [...] VII - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar [...] (BRASIL, 2006b).

Já para a Saúde da Família a portaria afirma que são itens necessários:

> I- existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde; II - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família; III - existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família: a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade; c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde; IV - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e V - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS (BRASIL, 2006b).

Para manter a estrutura definida em portaria, o município utiliza os incentivos estaduais e federais, acrescentando sua contrapartida no setor saúde definida na Emenda Constitucional 29. Sobre o financiamento, este documento reafirma as diretrizes Constitucionais e das Leis Orgânicas da Saúde, ao estabelecer que “O financiamento da Atenção Básica se dará em composição tripartite” (BRASIL, 2006b), mas não define como será essa participação em níveis percentuais. Este financiamento se dá através do Piso de Atenção Básica (PAB) que “consiste num montante de recursos destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à Saúde” (BRASIL, p. 30, 2006b).

A Portaria nº 648/2006, ao tratar da suspensão do repasse dos recursos do PAB variável, diz que serão suspensos os recursos quando constatadas, por meio do monitoramento do Ministério da Saúde, Secretárias Estaduais de Saúde e DENASUS:

> I - inexistência de unidade de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou; II - ausência de qualquer um dos profissionais da equipe por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica e/ou; III - o descumprimento da carga horária para os profissionais das Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal estabelecida nesta Política (BRASIL, 2006b, p. 40).

Os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para suspensão de recursos do PAB variável foram alvo de críticas dos gestores municipais do estado da Bahia.

Essas críticas devem-se às dificuldades que os mesmos encontram em cumprir as regras do financiamento da Atenção Básica devido às especificidades do estado.

Após inúmeros questionamentos e falas dos gestores municipais sobre a problemática da suspensão dos recursos da Atenção Básica, em cumprimento da determinação da Portaria nº 648/2006, que trata das irregularidades, na 184ª Reunião da CIB, no ano de 2010, a Auditoria do Estado apresentou os critérios utilizados para realização das visitas.

As visitas são realizadas para apurar todas as denúncias e demandas de outros órgãos de controle que solicitam a apuração da Auditoria, e também nos municípios não auditados. Este órgão da Secretária Estadual de Saúde considera a auditoria um processo não só fiscalizador, mas também educativo, pois o trabalho da equipe de auditores envolve a realização de reuniões para discutir os problemas e dificuldades. Segundo o Diretor da Auditoria do SUS no Estado da Bahia, Sr. José Raimundo Mota, a função do relatório da Auditoria não é punir nem fiscalizar por fiscalizar; a intenção é que o SUS funcione, pois todos integram o SUS. No estado se faz auditoria sem o caráter persecutório, procura-se tratar todos os gestores com cortesia, orientando, mas é lógico que, ao encontrar situações irregulares, os auditores tomam as providências devidas (BAHIA, 2010a, p. 5).

O Estado da Bahia é composto por 417 (quatrocentos e dezessete municípios), sendo a maioria municípios de pequeno porte, caracterizando-se por ser uma região que apresenta uma grande extensão e heterogeneidade territorial e socioeconômica. Enquanto o Brasil, em 2005, apresentava uma proporção de 1,71 médicos, 1,15 odontólogos e 0,65 enfermeiros por 1.000 habitantes, a situação da Bahia aparecia abaixo da média nacional, com 0,98 médicos, 0,48 odontólogos e 0,49 enfermeiros por 1.000 habitantes. E, neste mesmo ano, entre os 28.770 médicos baianos por especialidades, apenas 7,2% desses eram médicos de família (ANDRADE, 2009).

> É uma dificuldade, é uma dificuldade porque a Bahia é um dos estados, o Brasil, hoje tem em torno de 3,3 a média do Brasil, de 3,3 médicos para cada mil habitantes, mas é a média do Brasil, se você for pegar São Paulo não é esse valor, se você pegar Rio de Janeiro não é esse valor. Mas a Bahia deve ser abaixo. A Bahia não tem um médico para cada mil habitantes. [...] É necessário médico, eu acho um profissional importante que não pode deixar de existir na equipe, mas o financiamento não pode estar atrelado ao médico, não concordo (G3).

Os gestores municipais avaliam que as regras do financiamento, que definem a suspensão do recurso, somente consideram a ausência do profissional médico, não importando se a rede assistencial do município supre as necessidades em saúde da população. Esta é uma ação punitiva.

> Então, muitos municípios têm sido penalizados, porque eles não conseguem manter o profissional médico trabalhando aquela jornada de trabalho específica que estabelece a 648 [portaria]. E isso tem sido um fator preponderante para que os municípios sejam penalizados através da auditoria que cumpre o que está na legislação e que os municípios têm duas opções ou pratica a Atenção Básica com o profissional médico de acordo com as regras do mercado ou ele não pratica, porque ele não vai ter condições de ter esses profissionais dedicados exclusivamente como determina a legislação. Então, é um problema que nós gestores municipais, os gestores estaduais e o próprio Ministério da Saúde têm que estar sempre debruçados para poder ver se busca uma alternativa para que isso seja resolvido o quanto antes a fim de que a gente possa prestar uma assistência a Saúde da Família, com assistência médica. O médico é um profissional que tem que estar inserido no processo sem que sejamos penalizados pelo não cumprimento dessa carga horária (G2).

Outro aspecto importante apontado pelos gestores municipais é que a PNAB fala do trabalho em equipe multiprofissional, argumentando que somente assim seria possível inverter o modelo assistencial médico-centrado e hegemônico, proporcionado integralidade no cuidado, nas ações e serviços de saúde. No entanto, a suspensão de recursos não considera o trabalho desenvolvido pelas equipes, quando na ausência do profissional médico.

> Uma outra coisa que está me preocupando muito, com relação a esta questão do corte de recurso, é como é que você tem uma equipe, que tem lá médico, enfermeiro, os atendentes, o pessoal da higienização, técnico de enfermagem, ACS. Aí o médico, você perde o médico por um motivo ou outro, e pede para ir embora, e ele pede mesmo, ele chega hoje e diz: Amanhã não venho mais! É mais ou menos assim, e você tem que providenciar outro profissional, ele não cai do céu. Então, às vezes você leva 15 dias, 20 dias, 1 mês, 2 meses, 3 meses, lutando para conseguir dar seu jeito dentro do município, porque a população fica assistida, a maioria dos municípios tem Centro de Saúde, então essa população é atendida por um médico e fica lá um enfermeiro fazendo o pré-natal, o puerpério, preventivo, fazendo tudo, acompanhando os Agentes Comunitários, técnico de enfermagem, a vacina, curativo. Bom, o médico não está corta-se o recurso da equipe toda. Aí eu pergunto: Então, era melhor fechar a unidade? Se os municípios todos fizessem, a partir do momento que cortou o recurso da equipe, por causa do médico e que a unidade fosse toda fechada, que os agentes comunitários parassem de trabalhar, que os técnicos de enfermagem parassem de trabalhar, o enfermeiro parasse de trabalhar, que não tivesse mais nada, fechasse a unidade, eu acho que aí iriam entender que não dá para você colocar o médico junto com a equipe (G1).

É notória a problemática do financiamento da Atenção Básica, diante da suspensão de recursos na ausência ou do não cumprimento da carga horária pelo profissional médico. Mas este problema do financiamento reflete alguns problemas históricos vinculados à contratação de pessoal, que tem raízes desde a década de 1990, quando diversos setores do governo, incluindo os da área social, foram orientados pela política econômica federal a limitar gastos públicos.

Segundo ANDRADE (2009), um dos principais alvos deste projeto, orientados pela Reforma Gerencial do Estado, era contratação de pessoal. E este processo foi legitimado pelo Legislativo brasileiro através da publicação da Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, conhecida como a Lei de Responsabilidade Fiscal.

A Lei de Responsabilidade Fiscal dificulta em parte a efetiva ampliação dos serviços de Atenção Básica, visto os recursos e a infraestrutura necessários para sua implantação. Os custos com este nível de atenção elevam-se diante da problemática da ausência do profissional médico, pois sem este profissional os municípios não recebem o repasse dos incentivos federais da Atenção Básica. Também na Bahia ficam impedidos de receber o incentivo estadual do PSF que, mesmo sendo pouco, na opinião dos secretários municipais, ajuda nas despesas dos serviços de saúde.

Os gestores sugerem que, para avançar na Política de Atenção Básica, faz-se necessário ajuste na questão do trabalho no setor saúde.

> Políticas voltadas para o fortalecimento da Atenção Básica, que vão desde a formação profissional, desde o processo de educação permanente desses profissionais, passando também pela desprecarização dos vínculos que também é um dos grandes entraves. Na Bahia, nós conseguimos ter um grande avanço que foi a desprecarização dos vínculos de praticamente 100% de todos os Agentes Comunitários de Saúde (G1).

Diante disso, confirma-se a afirmação de ANDRADE (2009), de que a ausência de financiamento estável, a flexibilização e a desregulamentação ostensiva do trabalho em saúde, entre outros fatores, têm resultado em inúmeras distorções dos princípios da universalidade, equidade e acesso à saúde, garantidos na Constituição e, ao mesmo tempo, negados pelo Estado frente à permanente necessidade de contenção de gastos.

6.2.2 A Influência do Mercado de Trabalho na Estruturação da Atenção Básica

Os gestores federais, estaduais e municipais da saúde exercem um papel decisivo na conformação das práticas de saúde, ao instituírem as políticas, programas e mecanismos de financiamento das ações e serviços do setor. Porém, estes não governam sozinhos, pois, apesar de haver uma direção na saúde, todos governam: gestores, trabalhadores e usuários (MERHY e FEUERWERKER, 2009). A partir da análise destes autores sobre o trabalho em saúde, inicia-se a discussão do trabalho na Atenção Básica.

Segundo BRASIL (2003), em relação aos recursos humanos, a consolidação do PSF estava condicionada à existência, nos serviços, de profissionais com conhecimentos, atitudes e habilidades adequados ao novo modelo, capazes de desenvolver uma prática multiprofissional e interdisciplinar, preparados para este novo processo de trabalho. No entanto, quando implantado o programa, os gestores constataram que, no Brasil, o ensino das profissões de saúde ainda baseava-se no modelo flexneriano e fragmentado, o que comprometeria o pleno desenvolvimento do PSF (BRASIL, 2003).

No entanto, observa-se que no setor saúde, especialmente no que se refere à contratação dos profissionais da Saúde da Família, historicamente observa-se a precarização das relações de trabalho. Segundo JUNQUEIRA *et al.*, (2010), a institucionalização legal e prática do SUS tem quatro questões sobre a gestão reconhecidas como fundamentais para a sua implementação: (1) a descentralização, (2) o financiamento, (3) o controle social e a (4) política de recursos humanos.

Após alguns anos da implantação do Programa Saúde da Família, a Atenção Básica passou por mudanças na regra de financiamento, e estas se mostraram insuficientes para favorecer a ampliação da estratégia nas grandes cidades. Alguns entraves têm sido apontados pelos gestores; entre eles, destacam-se a formação dos profissionais, a não realização de concursos públicos para seleção dos trabalhadores, os vínculos trabalhistas precários, etc.

JUNQUEIRA *et al.*, (2010), em seu estudo sobre as relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde, identificaram que apenas 20% dos secretários municipais de saúde utilizavam, em sua gestão, concurso público para selecionar seus

profissionais; 55,6%, análise de currículo, 62,5% utilizam entrevista, e 4,4% não fizeram qualquer tipo de seleção para contratação dos profissionais. Também constataram que nenhum dos secretários municipais de saúde citou a formação em saúde da família ou em saúde pública como pré-requisito para contratar os trabalhadores de saúde em seus respectivos municípios. Os secretários utilizam como pré-requisitos para contratação: (1) registro no órgão competente do estado; (2) comprometimento com horários, disponibilidade e (3) demanda por determinada especialidade médica.

Na Bahia, um estudo realizado pela Superintendência de Recursos Humanos da SESAB sobre as características dos trabalhadores e das condições de trabalho no SUS-Bahia, identificou: um perfil profissional inadequado para as necessidades dos vários processos de trabalho da rede SUS-Bahia; força de trabalho pouco qualificada, principalmente em nível técnico-administrativo, para o desempenho das novas funções do SUS-Bahia; relações de trabalho precárias (vínculos e condições); desconhecimento por parte dos trabalhadores acerca do SUS, do seu papel na instituição e das funções da secretaria como gestora estadual do SUS (PINTO e TEIXEIRA, 2011).

O diagnóstico realizado pela SESAB, ao observar as dificuldades da implantação da Estratégia de Saúde da Família, identificou um conjunto de problemas relacionados à: insuficiência de infraestrutura e insumos, resultante do baixo investimento; dificuldade de contratação de alguns profissionais, tendo em vista a existência de um mercado concorrencial entre os municípios, gerando uma alta rotatividade dos profissionais de saúde e instabilidade das equipes; precarização das relações de trabalho; reduzido investimento em educação permanente e baixa qualidade da atenção à saúde, gerando inadequação do processo de trabalho, insatisfação dos usuários e baixa resolutividade e qualidade (ANDRADE, 2009).

Sobre a rotatividade profissional, MEDEIROS *et al.* (2010) apontam que a saída e a entrada dos trabalhados nas instituições não é causa, mas a consequência de fenômenos localizados interna ou externamente à organização. Os fenômenos externos estão relacionados à situação de oferta e procura de recursos humanos no mercado, à conjuntura econômica e às oportunidades de empregos no mercado de trabalho. Já os fenômenos internos estão relacionados à política salarial, à política de benefícios, ao tipo de supervisão, às oportunidades de crescimento profissional, ao relacionamento humano dentro da organização, às condições físicas ambientais de trabalho, ao moral do

pessoal, à cultura organizacional, à política de recrutamento e seleção de pessoal, aos critérios e programas de treinamento de recursos humanos, à política disciplinar da organização, aos critérios de avaliação de desempenho e ao grau de flexibilidade das políticas da organização.

A rotatividade é considerada um problema pelos gestores municipais, pois estes a identificam como uma situação frequente nos municípios. Nas reuniões da CIB, esta é uma situação constantemente relatada pelos gestores municipais. Ao analisar as atas das reuniões da CIB, de 2006 a 2010, a questão da carga horária e ausência do profissional médico nas Equipes de Saúde da Família eram falas constantes dos secretários municipais.

A partir de 2008, a questão do descumprimento da carga horária pelos profissionais médicos e a suspensão dos repasses financeiros da Atenção Básica, tanto estadual quanto o federal, são motivos de reclamações dos gestores municipais. Em reunião da CIB foi manifestada preocupação por um gestor da região metropolitana quanto ao bloqueio dos recursos, porque 90% dos profissionais médicos não cumprem carga horária. Não há punição a estes profissionais, porque o gestor é obrigado a fazer acordo com os médicos, já que o Ministério da Saúde definiu nas suas portarias que o profissional médico é o determinante para o recebimento do recurso (BAHIA, 2008a).

Na fala a seguir, observar-se o impacto que a questão da carga horária dos profissionais, em especial dos médicos, produz na Atenção Básica.

> Eu queria abordar aqui nesse ponto a carga horária de profissionais. Eu que, essa é uma questão muito séria, que tem uma repercussão, tem um reflexo importante sobre financiamento. E alguns municípios, não sei se você já ouviu algum comentário, mas você deve saber, já tem alguns gestores sendo responsabilizado civilmente, por não cumprimento de carga horária de profissionais. Então a gente tem aqui secretários que estão respondendo por estelionato, porque se identificou que os profissionais do município não estão cumprindo a carga horária. Isso é uma coisa muito cruel, porque o município fica meio entre a cruz e a espada, assim, porque se ele não recebe aquele profissional que não vai cumprir a carga horária, ele não tem uma equipe consistida e aí a gente volta para a questão da indução financeira. Então ele não vai atender aos parâmetros do Ministério para implantação da Estratégia de Saúde da Família, por exemplo, e ele não vai receber nenhum recurso né para Estratégia de Saúde da Família. Então, acho que os municípios ficam numa situação, num jogo aí muito complicado (G6).

Outro estudo realizado com gestores de Minas Gerais teve achados semelhantes aos da presente pesquisa. JUNQUEIRA *et al.* (2010) identificaram em seu estudo que,

em relação à existência da rotatividade dos profissionais no PSF, na percepção dos secretários municipais de saúde, 53,3% afirmaram haver rotatividade em seus municípios. Dentre os profissionais que apresentam maior rotatividade, os médicos foram os mais citados (83,3%), seguidos pelos enfermeiros (29,2%).

Os municípios também apresentam dificuldades na fixação dos trabalhadores na ESF. No estudo de JUNQUEIRA *et al.* (2010), os principais motivos da dificuldade de fixação destes profissionais, citados pelos secretários municipais de saúde, foram: (1) carga horária exigida; (2) questões salariais; (3) falta de profissionais; (4) falta de interação entre os secretários municipais de saúde da região e (5) difícil acessibilidade aos locais de trabalho. No estado da Bahia, os gestores também relatam estas dificuldades e destacam a distância como mais um problema.

> Uma Equipe de Saúde da Família – municípios que eu estou dizendo que estão próximos à capital ou a um grande centro e que você tem, vamos dizer mais disponibilidade de profissional médico – qual o grande problema da Atenção Básica hoje? O profissional médico! Todo mundo sabe, isso aí é fato! Então, esses municípios, eles conseguem ter um profissional com um valor médio de salário. Mas, os municípios que estão longínquos, que não tem acesso ao profissional médico, têm dificuldade de contratação, esse valor é muito alto. Então, isso eu estou dizendo em municípios longínquos que a gente pega um Xororó, um Xique-Xique, a gente pega esses municípios pequenininhos que estão longe quase 1.000 km de Salvador, os profissionais médicos eles não têm vantagens para ir para essa áreas, para essas cidades (G1).

Além das questões relacionadas às determinações da Portaria nº 648/2006, sobre o cumprimento da carga horária, no estudo realizado pela SUPERH/SESAB, sobre os recursos humanos no estado ficou observado que os municípios possuíam uma baixa capacidade para desenvolverem processos de gestão do trabalho. Contudo, os problemas da Atenção Básica não são apenas resultados de baixa capacidade de gestão do trabalho; são também reflexos da formação dos trabalhadores em saúde e mercado de trabalho: “Enquanto a gente não resolver o problema da formação do médico no Brasil, a gente não pode usar o critério de não ter médico na equipe e suspender o repasse, porque não tem médico na equipe” (G3).

No discurso dos gestores municipais, observa-se que um problema comum a todos é a suspensão dos recursos federais, baseado apenas no critério da existência do profissional médico: “Ausência do profissional médico é o único parâmetro que eles se

baseiam, como se a Atenção Básica se resumisse na assistência médica. Como se a gente só tivesse problema na Atenção Básica na ausência de carga horária de profissional médico" (G5).

Diante destas regras de financiamentos definidas pelo governo federal, reforçadas pelo governo estadual, e a dificuldade que os gestores municipais encontram em manter suas Equipes de Saúde da Família consistidas nos sistemas de informação, os custos com a Atenção Básica elevam-se. E, para os municípios de pequeno porte, torna-se um desafio constituir sua rede assistencial de saúde.

> [...] quanto menor o município mais dificuldade ele tem de fixar o profissional. Acaba que aquele profissional é mais caro para ele. Então acaba que ele tem que fazer um, apesar de o financiamento tem algumas diferenças assim, com valores maiores para os municípios que são menores ou que têm alguma especificidade, mas não compensa a dificuldade que ele tem de fixação de profissional e ele acaba tendo que entrar com uma contrapartida até maior do que os municípios aqui do Recôncavo, dos municípios da região metropolitana de Salvador, por exemplo, que tem uma oferta maior de profissionais e consegue fixar com maior facilidade. Então eu acho que quanto menor o município, maior é essa participação com recurso próprio, e é o que dificulta ainda a organização da Atenção Básica nos municípios (G6).

Contudo, observa-se que a ausência de uma regulação no mercado de trabalho em saúde – em especial do profissional médico – e uma centralidade no financiamento deste nível de atenção, com regras rígidas e iguais para todos os municípios sem considerar suas especificidades, têm provocado um desequilíbrio na constituição da rede de Atenção Básica no estado.

6. 3 A PROBLEMÁTICA DO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

O financiamento do setor saúde desde a constituição do SUS é tema de muitos debates, discussões, produções acadêmicas e governamentais. A centralidade deste tema no setor saúde deve-se ao seu caráter estruturante da Política Pública de Saúde.

Ao longo dos anos, desde a implantação do SUS, o financiamento da Atenção Básica passou por transformações, tanto no âmbito federal quanto no estadual. A principal transformação no âmbito federal ocorreu em 1996, quando publicada a NOB/96, a qual instituiu um valor *per capita* a ser repassado aos municípios, fundo a fundo, através do PAB fixo. Também introduziu um acréscimo percentual ao montante

do Piso de Atenção Básica, desde que as equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência atuassem integradamente à rede municipal (SANTOS e ANDRADE, 2008).

Segundo SANTOS e ANDRADE (2008), a NOB/96 procurou dividir a responsabilidade pelo financiamento da saúde entre as três esferas de governo, mas não avançou, deixando de viabilizar o cumprimento do artigo 35 da Lei nº 8.080/90, que trata das transferências de recursos financeiros. Já MARQUES e MENDES (2003) afirmam que com a vigência da NOB/96, a participação dos recursos federais no financiamento da saúde pública apresentou mudança qualitativa, deixando de usar o pagamento direto ao prestador do serviço de saúde como a forma preferencial de alocar recursos, passando a priorizar as transferências a municípios.

Contudo, esta priorização do Ministério da Saúde no financiamento da Atenção Básica não foi percebida pelos gestores municipais, os quais afirmam:

> Apesar de desde a edição das NOB's e das NOAS se fala isso, se preconiza, desde a instituição da Estratégia de Saúde da Família, do Programa Saúde da Família ainda em 1994, mas assim eu acho que definir isso, assim de verdade, tratar isso como prioridade, eu vejo que isso tem sido nos últimos 4, 6 anos. Mas assim, eu ainda acho que ainda é uma prioridade muito tímida, não é? Porque a gente for pegar dados de financiamento, por exemplo, a gente verifica que se gasta muito mais com a média e alta complexidade do que com Atenção Básica, não é? Têm vários paralelos que a gente pode traçar, a média e a alta complexidade é mais onerosa, o custo do serviço é maior, tem uma incorporação tecnológica de maior complexidade tem custo de equipamentos, uma série de elementos que faz com que seja um serviço mais caro, mas a Atenção Básica tem uma capilaridade muito maior, já que o objetivo é chegar o mais próximo possível da população. Então quando a gente vê esses números que o que é gasto, o que é investido na Atenção Básica, ainda é muito menor do que é investido na Atenção de Média e Alta Complexidade (G6).

Em 2006, acontece outra grande transformação no financiamento da Atenção Básica. A partir da publicação da Portaria nº 399/06, instituem-se os blocos de financiamento do SUS, entre os quais o da Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

Neste documento, define-se que o financiamento da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, sendo que os recursos federais comporão o Bloco Financeiro da Atenção Básica. Este bloco será dividido em dois componentes: Piso da Atenção Básica e Piso da Atenção Básica Variável, cujos valores

foram estabelecidos em Portaria específica, com memórias de cálculo anexas (BRASIL, 2006a).

O PAB consiste num montante de recursos financeiros que agrega as estratégias destinadas ao custeio de ações de Atenção Básica à Saúde. Os recursos financeiros do piso são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal. Entretanto os recursos do PAB variável são transferidos ao Município que aderir e implementar as estratégias específicas a que se destina. Essa situação torna-se um entrave para os gestores municipais, pois nem todos atendem aos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a implantação de tais programas. Um exemplo é o Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASF) – situação que será discutida a seguir. Outra importante mudança no financiamento ocorre nos componentes da Assistência Farmacêutica e da Vigilância em Saúde. O PAB variável da Assistência Farmacêutica e da Vigilância em Saúde passa a compor os seus Blocos de Financiamento respectivos.

Desta forma, o financiamento da Atenção Básica é baseado na transferência de valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família, NASF e Saúde Bucal implantadas a cada mês, tendo como base o número de equipes registrado no sistema de cadastro nacional (CNES) vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. Os valores transferidos variam segundo a modalidade da ESF, categoria do NASF e número de Agentes Comunitários de Saúde registrados, de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica.

Os repasses aos municípios são efetuados em contas específicas da Atenção Básica, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos Estados e do Distrito Federal (BRASIL, 2012).

Já no âmbito estadual, em 2007 ocorre uma importante mudança na contrapartida estadual do financiamento da Atenção Básica. Neste ano, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia aprova a Portaria nº 1529, de 12 de junho de 2007, que dispõe sobre a transferência regular e automática, pelo Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, dos recursos estaduais relativos aos incentivos ao Programa Saúde da Família – PSF para os municípios (BAHIA, 2007f). A partir da

publicação desta portaria, os municípios com população superior a 100 mil habitantes receberão o incentivo estadual do PSF, conforme a Tabela 6.

Tabela 6 - Incentivo financeiro estadual para manutenção de equipes do Programa Saúde da Família.

Incentivo financeiro estadual para manutenção de equipes do Programa Saúde da Família

População de Referência	Municípios com valores mais baixos de IGDS em 2002 (Classificação entre 1 a 215)	Municípios com valores maiores de IGDS em 2002 (Classificação acima de 215)	Percentual de repasse de acordo com a classificação no processo de certificação		
			A	B	N/C
<20.001	R$ 4.000,00	R$ 3.500,00	100%	75%	Valor base (R$ 1.114,00)
20.001-50.000	R$ 3.500,00	R$ 3.000,00			
50.001-100.00	R$ 3.000,00	R$ 2.500,00			
>100.000	Valor base (R$ 1.114,00)				

Fonte: BAHIA (2007f).

No ano de 2008, o valor do incentivo estadual para o PSF é reajustado, passando de R$ 1.114,00 para R$ 1.500,00 por equipe, a partir da publicação da Portaria nº 1566, de 13 de Junho de 2008, que altera o Anexo 01 da Portaria nº 1529, de 12 de Junho de 2007, atualizando o valor base do Incentivo Financeiro Estadual para o Programa Saúde da Família – PSF, com efeito desde a competência de julho de 2007 (BAHIA, 2008b).

É notório que estas mudanças no financiamento da Atenção Básica, tanto no âmbito federal quanto estadual, aumentaram o aporte de recursos para este nível de atenção. Entretanto, durante a pesquisa de campo, observou-se ser unânime entre os gestores municipais a fala de que os recursos são insuficientes para o financiamento das ações e serviços de Atenção Básica, afirmando que o aporte de recursos municipais para o custeio das equipes é superior ao montante federal e estadual. Asseguram, também, enfrentar dificuldades na organização do orçamento da saúde, em especial da Atenção Básica, devido ao valor e à falta de regularidade do repasse do incentivo estadual do PSF e das suspensões dos recursos, tanto estadual quanto federal, diante a ausência do profissional médico na Equipe de Saúde da Família.

Diante destas constatações, buscar-se-á, neste item, discutir a problemática do financiamento da Atenção Básica na Bahia, com base nos achados das entrevistas, atas reuniões CIB, portarias e resoluções estaduais e federais que tratam dos recursos financeiros repassados para este nível de atenção.

6.3.1 O Financiamento da Atenção Básica no Período Pacto Pela Saúde

O SUS passou por "tempos turbulentos", nos quais os Planos de Saúde (municipais, estaduais) tornaram-se instrumentos cartoriais, seguindo a regras do financiamento dos programas federais, o não cumprimento da Emenda Constitucional 29 e a escassez de recursos para saúde, sendo que todos esses fatores acentuaram a crise no setor. Diante deste cenário, "após dois anos de discussão no Ministério da Saúde foi editada a Portaria nº 399, de 22 de março de 2006, que Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e Aprova as Diretrizes do Referido Pacto" (SANTOS e ANDRADE, 2009, p. 83).

FADEL *et al*. (2009, p. 446) afirmam que "o pacto pela saúde surge no cenário brasileiro após inúmeras tentativas de operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), em busca da consolidação da equidade social". Para SANTOS e ANDRADE (2009), os três entes federados precisavam compreender suas responsabilidades, pois as mesmas deveriam ser compartilhadas técnica e financeiramente. Diante disso, este "novo pacto federativo", surge da necessidade de regulamentação do SUS, com algo que claramente dispusesse sobre as ações cotidianas em saúde.

A aprovação da adesão do Estado da Bahia ao Pacto de Gestão, no Conselho Estadual de Saúde, aconteceu no dia 30 de maio de 2007. Mas a questão do Pacto aparece fortemente nas reuniões da CIB a partir de 2008, quando são apresentados os critérios para que os municípios assumam o Comando Único do sistema local de saúde. Dentre as propostas de critérios, estava a cobertura da Atenção Básica, pois se compreendia que assegurar a estruturação deste nível de atenção é obrigação de todo município.

Em um estudo de caso sobre os gastos com o Programa Saúde da Família realizado num município baiano, as fontes de financiamento do programa eram: governo federal, por meio do Ministério da Saúde; governo municipal; e governo

estadual – que contribuíram na respectiva proporção de 82%, 17% e 1% (ROSA e COELHO, 2011), verificando-se que é maior a proporção de recursos federais no financiamento da Atenção Básica. Já no presente estudo são encontrados resultados diferentes, pois os gestores municipais afirmam que, atualmente, são as prefeituras que alocam a maior quantidade de recursos para o financiamento da Atenção Básica.

> O financiamento ele, a gente esbarra, porque é subfinanciado ainda. Então o município, ele já vem comprometendo sua verba. Então assim, a cada estratégia, a cada novo projeto o município sempre tem que arcar com um valor muito significativo dentro dessas estratégias, tá! Então essas ações podem ser adequadas, mas está acarretando muito, onerando muito o município para poder se credenciar e estar desenvolvendo essas ações (G4).

No ano de 2006, o financiamento federal e estadual da Atenção Básica (PAB fixo e PAB variável) estava organizado da seguinte forma:

Tabela 7 - Financiamento Federal e Estadual da Atenção Básica, em 2006.

FEDERAL			**ESTADUAL**	
Custeio			**Custeio**	
PAB FIXO*	*Per capita*/ano		Incentivo Estadual do PSF	R$ 1.500,00
	R$ 13,00			
PAB VARIÁVEL	ESF Modalidade I	ESF Modalidade II		
	R$ 8.100,00/mês	R$ 5.400,00/mês		
	ESB Modalidade I	ESB Modalidade II		
	R$ 1.700,00/mês	R$ 2.200,00/mês		
	ACS**			
	R$350,00/mês			
	CER/mês***			
	R$ 1.569.391,43			
Implantação				
ESF	R$ 20.000,00/ESF implantada			
ESB	R$ 7.000,00/ESB implantada			

* Valor reajustado pela Portaria nº 2.133/GM de 11 de setembro de 2006, passando para R$15,00/*per capita* ao ano.
** Valor repassado mensalmente ao município por ACS.
*** Valor destinado ao estado, mas repassado de acordo com os critérios e municípios estabelecidos em CIB.
Fonte: Adaptada de MS/SAS/DAB e SESAB/SAIS/DAB.

A partir de 2007, estes valores do PAB fixo e PAB variável são reajustados, e novos programas são inseridos na Atenção Básica, Programa Saúde na Escola, Unidade Odontológica Móvel e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Tabela 7). Os valores dos incentivos financeiros do PAB variável (Tabela 8) serão repassados aos municípios

que atendam os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para adesão ao programa.

Tabela 8 - Financiamento Federal e Estadual da Atenção Básica, em 2010.

FEDERAL			ESTADUAL	
Custeio			**Custeio**	
PAB FIXO*	*Per capita*/ano R$ 18,00		Incentivo Estadual do PSF******	R$ 1.500,00
PAB VARIÁVEL	ESF Modalidade I**	ESF Modalidade II**		
	R$ 9.600,00 /mês	R$ R$ 6.400,00/mês		
	ESB Modalidade I vinculada a ESF I	ESB Modalidade II vinculada a ESF I		
	R$ 3.000,00/mês	R$ 2.000,00/mês		
	ESB Modalidade II vinculada a ESF I	ESB Modalidade II vinculada a ESF II		
	R$ 3.900,00/mês	R$2.600,00/mês		
	UOM – unidades odontológicas móveis***			
	R$4.680,00/mês			
	ACS RR 651,00/mês			
	NASF I****	NASF II****		
	R$ 20.000,00	R$ 6.000,00		
	Programa Saúde na Escola – PSE			
	Uma parcela extra do incentivo mensal às Equipes de Saúde da Família que atuam nesse Programa			
	CER/mês***** Variável			
Implantação				
ESF	R$ 20.000,00/ESF implantada			
ESB	R$ 7.000,00/ESB implantada			
UOM	R$3.500,00/UOM implantada			
NASFI	R$ 20.000,00/implantada			
NASFII	R$6.000,00/implantada			

* Valor reajustado pela Portaria nº 2.007, de setembro de 2009, passando para R$18,00/*per capita* ao ano.
** Valor reajustado pela Portaria nº 3.066, de dezembro de 2008.
***Portaria nº 2371, de 07 de outubro de 2009.
****Portaria 154, de janeiro de 2008.
***** Valor destinado ao estado, mas repassado de acordo com os critérios e municípios estabelecidos em CIB.
****** Valor reajustado pela Portaria Estadual Nº 1529, de junho/2007.
Fonte: MS/SAS/DAB e SESAB/SAIS/DAB. Elaboração própria.

Sobre a adequação dos valores repassados pelo governo federal para o financiamento da rede de serviços da Atenção Básica dizem os gestores municipais:

> Bom, adequado recurso federal não! De cara eu digo não, com certeza! As vantagens no caso do governo federal, do repasse, é a periodicidade do repasse. É um recurso que você conta com ele, se sabe que ele vem, às vezes ele atrasa, mas muito raramente, ele tem uma periodicidade que você pode contar com aquele recurso, essa é a vantagem. A desvantagem, ele não corresponde à realidade. O valor que é passado hoje para uma Equipe de Saúde da Família de R$ 10.600,00 e poucos reais não correspondem ao que está posto de financiamento que seria os 50% da despesa com Atenção Básica (G1).

Quando os gestores analisam os valores repassados pelo governo federal e estadual e os comparam à contrapartida municipal, estes afirmam que as prefeituras têm arcado com a maior parte do financiamento da Atenção Básica.

> Então, hoje, tratando como exemplo, o meu município, eu tenho um custo médio de cada Equipe de Saúde da Família de R$ 30.000,00, sendo que eu recebo R$ 8.000,00 do governo federal, em média, eu estou generalizando, e R$ 1.500,00 do governo estadual, que não vem regularmente. Então, quando a gente pensa que o financiamento, que eles chamam de financiamento, mas é um incentivo do governo federal e do governo estadual, eles juntos tem R$ 9.500,00 e eu tenho um custo de R$ 30.000,00, a gente vê que o município entra com 2/3 que é gasto na Atenção Básica, pelo menos é, quando a gente visualiza a Saúde da Família (G5).

Contudo, mesmo afirmando que é o município o maior financiador da Atenção Básica, os gestores municipais reconhecem que o valor repassado pelo Ministério da Saúde auxilia no financiamento da Atenção Básica: “sem sombra de dúvida o bloco de financiamento, o PAB fixo e o PAB variável ele tem ajudado muito os municípios, mesmo os municípios sendo o responsável maior pelo financiamento da Atenção Básica” (G2).

Sobre a questão dos critérios e forma de repasse, alguns gestores avaliam positivamente as definições do governo federal:

> Eu acho que é adequado, do ponto de vista, de não mais eles vincularem a produção, a produção de serviços. Então assim, na medida em que o Ministério define valores cheios, valores cheios para implantação de programas, eu acho que é positivo, porque a gente não fica muito preso nesse foco da produtividade desordenada, sem qualidade, sem aliar a necessidade da população. Então, nesse sentido eu acho que é adequado. Eu acho interessante também, essa adequação que o Ministério faz ao porte, ao perfil de município. Então, município que tem população com menos de 20 mil habitantes tem um diferencial, então município que tem população quilombola tem um diferencial. Então dá uma noção de equidade, dá um sentido de equidade essa alocação de recursos, como desvantagem eu aponto ainda a composição da quantidade que o Ministério transfere, do que efetivamente é gasto para manutenção do serviço. Como eu falei, já avançou, já melhorou bastante, mas os municípios ainda têm que complementar um percentual importante, que muitas vezes ele não tem condições de fazer para conseguir custear o serviço como um todo (G6).

No entanto, quando são analisadas as atas das reuniões da CIB, verifica-se que os critérios utilizados pelo governo federal para repasses dos incentivos de programas vinculados à Atenção Básica sempre foram questionados e criticados pelos gestores municipais. Na Ata da 153ª reunião da CIB de 2007 – e em outras reuniões – os gestores apresentaram críticas em relação à alimentação dos sistemas de informação SIAB e CNES e o bloqueio de recursos por inconsistências nos mesmos. Apontam, também, que o corte de recurso tem sido gerado pela duplicidade de cadastros de profissionais em dois municípios, bem como pela ausência do profissional médico, questão que será discutida adiante.

Observa-se uma contradição entre os gestores acerca dos critérios utilizados para alocação de recursos por parte do Ministério da Saúde. À primeira vista, apreende-se deste discurso ser importante a definição de critérios para alocação de recursos na Atenção Básica, porém, estes não podem penalizar o município que não atende os critérios estabelecidos, principalmente pela ausência do profissional médico.

Outro ponto debatido nas reuniões da CIB, e que gerou divergências entre os gestores, foi a definição da alocação do recurso de Compensação de Especificidades Regionais (CER). A Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, define que "para fazer jus ao financiamento específico do PAB variável, o Distrito Federal e municípios devem aderir às estratégias nacionais" (BRASIL, 2006b, p. 32), dentre as quais estão: I- Saúde da Família; II - Agentes Comunitários de Saúde; III - Saúde Bucal; IV - Compensação de Especificidades Regionais; V – Saúde Indígena; VI - Saúde no Sistema Penitenciário.

Sobre a CER, o Ministério afirma que seus valores serão definidos em Portaria Ministerial específica, e que a utilização dos recursos será definida periodicamente pelas CIBs. Na Bahia, a Resolução CIB nº 106/2007 aprova critérios para a distribuição dos recursos financeiros da Compensação das Especificidades Regionais, proposta elaborada pela Diretoria de Atenção Básica (DAB) e apresentada aos gestores e membros da CIB. Os três componentes do Projeto de Compensações das Especificidades Regionais da Bahia foram:

> Art.3º - Cinquenta por certo (50%) do valor total do recurso financeiro será repassado ao Fundo Estadual de Saúde, em conta específica relacionada à Compensação de Especificidades Regionais, arbitrada pela CIB, para ser utilizado no Componente I que prevê um Fundo de recursos para a Atenção Básica do estado com a finalidade principal de Instituir e Implementar a Fundação Estatal Saúde da Família, apresentada no apêndice I; Art.4º - Sete vírgula cinco por cento (7,5%) do valor total do recurso financeiro será repassado à conta específica referida no artigo anterior para ser utilizado no Componente II que prevê um Programa Estadual para Populações Migratórias do Campo, coordenado pela CIB; Art.5º - Quarenta e dois vírgula cinco por cento (42,5%) do valor total do recurso compõe o Componente III e será repassado diretamente aos fundos municipais de saúde conforme os critérios. §1º - Cada um dos Municípios que serão contemplados nesse componente estão listados no apêndice II e se enquadram em uma das duas condições seguintes. I- o município deve estar compreendido dentre o terço de municípios com menor arrecadação per capita e dentre o terço de menor IDH do estado da Bahia. II- o município deve estar compreendido dentre o terço de municípios com menor arrecadação per capita ou dentre o terço de menor IDH e possuir uma população menor ou igual a 30 mil habitantes e uma densidade demográfica menor ou igual à média do estado da Bahia (24,7 habitantes por quilômetro quadrado) (BAHIA, 2007e).

A proposta apresentada pela Diretoria de Atenção Básica do Estado foi aprovada após inúmeras discussões e debates na CIB, pois havia divergências sobre os critérios de alocação dos recursos. Em 2008, há a revisão dos componentes da CER e publica-se a Resolução CIB nº 90/2008. Neste documento, mantêm-se os componentes I, II, III da resolução, acrescidos do componente IV, que instituiu o Programa de Implantação e Desenvolvimento Microrregional das Linhas de Cuidado e Educação Permanente para a Atenção Básica.

Contudo, mesmo sendo um tema presente nas reuniões da CIB e de ter gerado um intenso debate e divergências, a CER não apareceu na fala dos gestores municipais quando questionados sobre as transferências federais para Atenção Básica. Não se observa uma avaliação, por parte dos gestores municipais, acerca do impacto deste recurso na Atenção Básica.

Um aspecto que chamou atenção nas respostas dos entrevistados foi a questão da Portaria nº 204/ GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, e estabeleceu os blocos de financiamento do Pacto pela Saúde. Nessa portaria, ficou estabelecido pelo Ministério da saúde o impedimento da utilização de recursos entre os blocos.

Em relação aos recursos transferidos por blocos, os gestores municipais afirmam que a Portaria nº 204/2007 ajudou ao definir o repasse para a Atenção Básica. A maioria dos gestores avaliou positivamente este impedimento, como se pode identificar nas falas dos entrevistados:

> Muitos dos nossos gestores não têm autonomia para poder direcionar a aplicação dos recursos que são repassados pelo Ministério da Saúde. Então ele [o recurso] é adequado neste sentido, que ele já vem amarrado no Piso da Atenção Básica, seja ele fixo ou variável, que tem definição do que pode e o que não pode ser utilizado. E a única desvantagem, às vezes para fazer ações que você, dentro de um planejamento local, você visualize de maior necessidade do que aquela ação que já vem carimbada (G2).

> A vantagem é a questão de ser fundo a fundo, de entrar direto, a gente pode ter, enquanto gestor, mais autonomia, trabalhar em blocos, de você focar, mesmo que a gente fique comprometido com determinados blocos [...]. Então, acaba que organiza, fica melhor e a gente diminui muito de se utilizar os recursos, é porque muitas prefeituras pequenas, como é o caso do meu município, a gente não tem uma total autonomia, fica muitas vezes na mão do prefeito do município e que não sabe como é a forma correta de como se utilizar. Então, eu acho que essa transferência em bloco, fundo a fundo vindo direto, isso dá uma certa autonomia para o gestor que muitos hoje, são técnicos (G3).

> Eu acho que a edição da Portaria 204 foi um ganho muito importante para gestão do SUS, porque eu fui secretária antes desta portaria entrar em vigor, e era uma engenharia muito grande para gente organizar os processos de pagamento, porque um trilhão de caixinhas que a gente tinha. Então, o recurso do Saúde da Família só podia pagar Saúde da Família, recurso da Saúde Bucal só podia pagar Saúde Bucal [...]. A portaria, ela traz essa flexibilidade, eu acho importante essa definição da flexibilidade, mas dentro do bloco para garantir que os recursos da Atenção Básica sejam gastos só com Atenção Básica. Acho que ela ajudou a gente organizar melhor a gestão, porque a gente consegue compor um volume de recurso para Atenção Básica, e aí você consegue planejar melhor a organização do serviço a contratação de pessoal, a definição do que você, do quanto você pode investir, ou não (G6).

A avaliação positiva dos gestores municipais sobre o direcionamento dos recursos aos blocos surpreendeu, pois, na literatura pesquisada, uma reivindicação constante entre os Secretários de Saúde em relação às normas operacionais do SUS era

a autonomia do gestor local para alocação dos recursos da saúde. O que se observa é a emergência de um desafio na gestão do SUS, a questão da autonomia do Secretário Municipal de Saúde:

> Se nós tivéssemos uma gestão independente, com autoridade, empoderada para poder planejar e utilizar os recursos da saúde é uma discussão, mas como infelizmente, nós ainda temos uma gestão fragilizada, eu reconheço isso, o quanto a relação de poder existe, prefeito, secretário de saúde, que é uma relação fragilizada porque quem nomeia quem demite é o prefeito, então muitas vezes o secretário não tem essa autonomia para gerir o orçamento da saúde (G2).

Mas, contraditoriamente, apesar de afirmar que a publicação da portaria ajudou a definir o repasse para Atenção Básica, a mesma impossibilitou a utilização dos recursos entre os blocos, mesmo quando há *superávits*, salvo algumas exceções pactuadas em CIB.

> Dentro do próprio bloco, mesmo em relação ao PAB fixo, PAB variável, ele é bem flexível dentro do próprio bloco. Então para própria organização da Atenção Básica, eu não vejo grandes problemas. Eu acho que é mais problema a não transferência de um bloco para outro, por exemplo, às vezes, tenho muito recurso na Assistência Farmacêutica, e se você faz uma Assistência Farmacêutica bem organizada o recurso é suficiente. [...] O problema é que quando sobra lá eu não posso transferir para Atenção Básica, quando falta e vice-versa, entendeu? Esse é um problema (G3).

> Olha, aqui na Bahia nós tivemos um processo *sui generis* nessa proibição, que foi a autorização dada pelo Ministério da Saúde para que um município pudesse usar os recursos da Assistência Farmacêutica, que estavam em conta, para poder pagar prestadores de serviços e outros municípios fizeram seus planos de ações e utilizaram desses recursos da Assistência Farmacêutica para pagar também fornecedor de serviço hospitalar. Mas não digo especificamente do recurso da Assistência Farmacêutica, mas outro recurso, muitas vezes você tem lá ele carimbado e preso no teu município sem finalidade alguma, sem que você possa estruturar um plano de ação para utilizar ele na Atenção Básica é tanto complicante (G2).

Embora a Portaria GM nº 204/2007 explicite não ser permitida a transferência de recursos entre os blocos, numa reunião extraordinária da CIB do ano de 2008, a gestora de um município afirma retirar dinheiro da Atenção Básica para investir na área hospitalar. Mas o agravante desta situação é que este hospital seria filantrópico, porém sem certificado de filantropia.

Esta situação coloca um dilema sobre o financiamento da Atenção Básica, a autonomia *versus* a centralidade na alocação dos recursos. A pesquisadora avalia que a proibição posta pela Portaria nº 204/2007 constitui-se num ganho para o gestor local (Secretário de Saúde), ao assegurar que os recursos da Atenção Básica sejam gastos em ações e serviço de saúde deste nível de atenção. Porém, limita o planejamento local do sistema de saúde, de acordo com as necessidades da população.

Sobre as transferências federais, observa-se que os achados desta pesquisa assemelham-se aos encontrados por SOUSA e MERCHÁN-HAMANN (2009), em seu estudo sobre a Saúde da Família no Brasil. Os autores verificaram, em relação à questão dos incentivos financeiros para a expansão do PSF, que a maior parte dos municípios utiliza, para o custeio das ações e serviços ofertados pelas unidades básicas de Saúde da Família, todo o recurso do Piso de Atenção Básica (PAB), fixo e variável. Isto porque os recursos transferidos por meio do incentivo federal não são suficientes para manter as equipes do PSF. Estes autores afirmam que, num país cujos municípios têm alto nível de desigualdade de renda e de arrecadação de recursos próprios, os incentivos federais cumprem papel importante na garantia da equidade do gasto do PSF.

Em relação à participação do estado no co-financiamento da Atenção Básica, cabe ressaltar que o governo da Bahia é um dos poucos estados brasileiros que repassa recursos, mediante incentivos, para financiar este nível de atenção:

> Então assim, na Bahia, eu vejo diferença para alguns estados, porque o estado da Bahia pelo menos investe na Atenção Básica, eu acho que é uma diferença grande, significante, tem vários estados que não co-financiam a Atenção Básica (G2).

> Eu acho que como ponto positivo é a gente, tem o fato de termos uma contrapartida estadual para Atenção Básica na Bahia, isso a gente não pode nunca deixar de considerar. Tem vários estados no Brasil que não tem nenhum tipo de investimento para Atenção Básica. Então a Bahia já tem há alguns anos, e eu acho isso super favorável (G6).

É notória, pela avaliação do SIOPS, a ausência dos estados no co-financiamento da Atenção Básica, e o estado da Bahia está entre os poucos que aloca recursos neste nível de atenção. Cabe ressaltar que o orçamento do setor saúde é proposto pela Secretaria Estadual de Saúde, porém é definido pela Assembleia Legislativa, e que depende dos arranjos políticos partidários para sua aprovação.

Ainda que o governo estadual invista na Atenção Básica, repassando recursos por meio do Incentivo Estadual da Saúde da Família, o incentivo financeiro regulamentado pelo Decreto nº 9.034, de 30 de março de 2004 (BAHIA, 2004), que institui o Programa Estadual de Certificação da Atenção Básica, inicialmente atendia apenas aos municípios com população menor que 100.000 (cem mil) habitantes. Para receber este recurso, as equipes de saúde da família passavam por uma avaliação de "certificação". Este processo foi citado por um gestor, que avaliou positivamente este critério para o repasse do incentivo estadual.

> Já foi feito na Bahia, mas há um tempo atrás, essa contrapartida do estado ela seguia critérios e era escalonada de acordo com a avaliação que se fazia daquela determinada unidade. Eu fui avaliada, na época eu era secretária num outro município, e a gente tinha 100% de cobertura lá, e todas as unidades foram avaliadas. Eu vivenciei e acompanhei essa avaliação de perto, era uma avaliação bem legal, justa. E conferia uma nota para cada unidade dentro do município, que poderia acontecer de no mesmo município ter unidades com valor, com notas diferentes, e o financiamento seguia esta nota. Então assim, eu acho que isso é interessante porque estimula sempre a gente estar buscando a qualidade do serviço, a estar atento para os processos de trabalho adequado para um planejamento e tal. Então eu acho que era bastante positivo, então isso foi destituído nos últimos anos e a gente acaba, eu não acho muito justo, porque a gente acaba financiando de uma forma isonômica quem tem um bom serviço e quem tem uma mau serviço, e a gente sabe que não são poucos os que tem maus serviços, que tem equipes com um monte de problema de carga horária e uma série de coisa (G6).

Apesar da avaliação positiva dos gestores municipais sobre o fato de existir a contrapartida do estado, estes tecem críticas ao incentivo estadual relacionada ao valor, periodicidade e ausência de critérios para o repasse dos recursos. Sobre o valor do incentivo, foi unânime a crítica dos gestores municipais sobre o valor e a periodicidade; todos alegaram que o recurso é insuficiente e os constantes atrasos nos repasses prejudicam no planejamento local, como ilustram as falas a seguir:

> O Estado da Bahia, hoje ele passa um incentivo de R$ 1.500,00 reais, fundo a fundo para os municípios por Equipe de Saúde da Família. E esse incentivo, ele é tanto para Saúde da Família com e Saúde da Família sem Saúde Bucal, é o mesmo valor (G2).

> Mas eu acho que não é adequado o valor repassado, importante é que há o repasse, tem que frisar que aqui na Bahia acontece o repasse, o problema é que o valor é pequeno e os repasses não são regulares, tem atrasos, o que dificulta a gente. Não dá para fazer um planejamento com esse recurso (G3).

> Uma desvantagem em relação ao estado é que é um recurso incerto, então não é igual ao governo federal que todo mês, naquele período, vai até o dia 12, dia 14 de cada mês, mas está certinho lá na conta, tu pode fazer o compromisso que você vai receber esse recurso. O governo estadual já tem dificuldade, às vezes leva 2, 3, 4, 5 meses sem repassar. Então, é um recurso que você não conta, você não pode, por exemplo, uma folha, se todo mês tem que pagar a folha, receba ou não o recurso. Então o estado quando passa, muitas vezes, você já pagou o salário, né! Esse recurso ajuda, ele não é o suficiente? Não, mas ele ajuda (G1).

Sobre financiamento deste nível de atenção, o que se observa, em consonância com outros estudos, é que o investimento na Atenção Básica, por parte dos governos estaduais, ainda acontece de forma tímida. Ou seja, não se consegue instituir um processo de repasse de recursos adequado e em valores suficientes para o financiamento de ações e serviços deste nível de atenção. Mas, cabe salientar que há tentativas, de algumas Secretarias Estaduais de Saúde, de incentivar financeiramente os municípios que priorizam a Atenção Básica como eixo norteador dos processos organizativos das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

Neste estudo, uma fala unânime entre os gestores municipais da Bahia foi a questão da quantidade de recursos do tesouro alocados para o financiamento da Atenção Básica. Diante do processo de descentralização, os secretários municipais de saúde afirmam que na divisão do financiamento da Atenção Básica pelos três entes federados, as prefeituras são os que estão despendendo mais recursos.

> Se a gente for falar de financiamento, de uma forma assim, bem ampla, a gente percebe que hoje os municípios, eles financiam 65% mais ou menos, é a média da Atenção Básica. Isso é grave, isso é grave, porque com isso os municípios ficam dando jeitinho, apagando incêndio, tira daqui, bota ali, tira. O recurso próprio, então aqueles 15% se a gente for fazer a conta ele vai todo para a Atenção Básica. A gente tem hoje a folha da Atenção Básica nos municípios praticamente paga com recurso próprio, porque não tem dinheiro do financiamento, não dá tanto o estadual, quanto o federal, não dá para fazer isso! Então, é muito ruim esse malabarismo que os gestores têm que fazer (G1).

Alguns gestores citam os gastos para ofertar e manter os serviços de Atenção Básica em seus municípios. Alegam que a soma dos incentivos repassados pelo Estado e Ministério da Saúde não cobre o custo do profissional médico na ESF, sem citar os demais trabalhadores da equipe mínima.

> Então, se uma equipe de Saúde da Família, hoje, o município custeia seguramente, mais de 60 ou até mesmo 70%, a depender da cidade, o custeio final, considerando todos os insumos e todos s gastos que estão envolvidos no funcionamento da unidade de saúde, desde o faxineiro, ao motorista, ao combustível, o veículo, até o profissional médico, que você recebe incentivo para [financiar] equipe mínima, o médico e o enfermeiro, e também dos ACS. Mas, mesmo com todos esses incrementos que ocorreu, recentemente, pelo Ministério da Saúde, o município ainda é o maior financiador da Atenção Básica no nosso país (G2).

Entretanto, ANDRADE (2009), em seu estudo sobre a Fundação Estatal da Bahia, apontou que o financiamento da ESF na Bahia, assim como nos demais estados, é composto por recursos dos três entes federados. E, segundo a EC29, o percentual de recursos a serem alocados no setor saúde pelo município é 15%, no mínimo, de receitas de impostos, compreendidas as transferências constitucionais. Ao se considerar esta porcentagem do orçamento de um município de 20.000 habitantes, que é realidade da metade dos municípios do estado, este valor é irrisório frente às necessidades de organização de sua rede de serviços e contratação de trabalhadores. A União e o Estado são os principais financiadores não apenas da ESF, mas dos demais níveis de atenção que lhes servem de referência.

A SESAB, em seu Relatório de Gestão de 2009, afirma que no ano de 2007 houve a ampliação do valor do incentivo estadual repassado aos municípios por equipe de Saúde da Família (eSF), do valor de R$ 1,1 mil/mês para R$ 1,5 mil/mês. E também relata que foram incluídos os municípios com mais de 100 mil habitantes, onde se concentram cerca de 40% da população baiana.

Ainda sobre o financiamento estadual para ESF, o Relatório de Gestão diz que em 2009 a DAB autorizou o repasse de R$ 44 milhões para custeio das equipes, um incremento de 15,5% em relação ao ano de 2007 e de 78,8% se comparado ao ano de 2006, quando foram aplicados R$ 24,6 milhões (BAHIA, 2009). Esta situação está de acordo com o discurso dos gestores municipais, que afirmam e avaliam positivamente o fato do estado investir na Atenção Básica; porém, os mesmos apontam que os valores repassados são insuficientes.

Os gestores colocam que, por serem os executores das ações e serviços de saúde, o gasto do município com o setor tem superado os 15% da arrecadação dos impostos de base municipal, determinados na Emenda Constitucional 29.

> Olha, é público e notório que os municípios, por ser o ente federado que executa, ou constitucionalmente está colocado para fazer a política de saúde do país, ele arca com a maior parte de recursos, percentualmente falando, na questão da saúde. Então, hoje os municípios, pela regulamentação da Emenda Constitucional 29, eles têm a obrigação de investir, no mínimo, 15 %, mas dados comprovaram que hoje os municípios têm investido na média quase 20% do seu orçamento, de receitas próprias na saúde (G2).

Neste sentido, ratifica-se a afirmação de SOUSA e MERCHAN-HAMANN (2009) de que as três esferas de governo devem estabelecer pactos de corresponsabilidade no financiamento da Atenção Básica. Para isso, esta estratégia deve contar com financiamento específico, proveniente da responsabilidade constitucional, e também do governo estadual, de forma a diminuir os desequilíbrios no financiamento nesse nível de atenção.

Diante do exposto, corrobora-se a afirmação de MENDES (2005) de que a descentralização do SUS, operada pela via da transferência de recursos financeiros, depende não só da quantidade de recursos financeiros necessários para responder às necessidades e demandas, mas também da regularidade do financiamento e da capacidade de incremento de recursos destinados à saúde pelas três esferas e de gestão dos recursos financeiros dos municípios.

Neste estudo, observa-se que o financiamento da Atenção Básica carece de estudos que analisem com profundidade a questão dos custos deste nível de atenção, elencando receitas, despesas com cada ação, serviço e procedimento realizados pelas equipes de saúde.

6.3.2 Quando o Financiamento Define a Política: a crise dos modelos de incentivos

A regulação do setor saúde, historicamente realizada pelo Executivo Federal, reafirmou seu poder sobre estados e municípios por meio da edição de normas e portarias atreladas a mecanismos financeiros. Esse modelo de intervenção adotado pelo gestor federal marcou a condução da Política Nacional de Saúde na década de 1990 (CASTRO e MACHADO, 2010).

Segundo a Lei Orgânica do SUS, o art. 18 diz que à direção municipal do Sistema Único de Saúde-SUS, compete planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde (BRASIL, 1990).

Nas publicações das normas operacionais do SUS, a execução direta de ações e serviços de Atenção Básica é uma atribuição da esfera municipal. Contudo, o Ministério da Saúde tem papel relevante na determinação desta política em âmbito nacional, por ser um importante órgão formulador e financiador das Políticas de Saúde e pelo caráter indutor da política federal de incentivos para a Atenção Básica (CASTRO e MACHADO, 2010).

A publicação da NOB/96 estimulou a implantação do PSF, visto que o número de equipes de saúde da família passou de 1.623 em 1996, para 3.147 no ano de 1998 (MARQUES e MENDES, 2002), o que, à primeira vista, ratifica que a disponibilidade de financiamento de algumas políticas induz à conformação dos serviços locais de saúde.

Em maio de 1998 os municípios passaram a receber o incentivo financeiro criado pela NOB 96, o Piso da Atenção Básica (PAB), inaugurando a modalidade de transferência *per capita* de recursos federais para os municípios. Segundo MARQUES e MENDES (2000), a criação deste incentivo foi determinante para o crescimento do número de equipes de saúde da família. Na época, as transferências para Atenção Básica eram realizadas por meio de repasse automático com base em um *per capita* de R$ 10,00/ano (PAB fixo) ou de transferências que visavam incentivar determinados programas, tais como o Programa Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programas integrantes do que se denominou de PAB variável.

O PAB variável sofreu transformações e reajuste dos valores com a publicação da Portaria nº 650/GM, de 28 de março de 2006, que definiu os valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão das diretrizes e normas para organização da Atenção Básica (BRASIL, 2006d).

Neste sentido, a presença da instância federal na determinação da política de saúde não foi reduzida, principalmente em nível da Atenção Básica, ainda que tenha havido uma diminuição da participação do governo federal no financiamento da Saúde Pública, de 77,7% no final da década de 1980, para 53,7% em 1996 (MARQUES e MENDES, 2002).

"É porque assim, o município quando recebe algum tipo de incentivo, em determinadas áreas, ele vai se adequar para poder credenciar e a estar recebendo aquele financiamento para poder fazer a intervenção dentro do seu município" (G4).

Mas ao investir recursos, prioritariamente, no PAB variável – o qual receberão apenas as prefeituras que aderirem ao programa financiado – muitos municípios brasileiros não se enquadram nos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, o que reduz significativamente sua capacidade de desenvolver a Política de Atenção Básica.

Um exemplo desta situação são os critérios para adesão ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os critérios para adesão ao NASF foram ponto de discussão na reunião da CIB/Bahia e mobilizaram os gestores municipais. Na 174ª Reunião da CIB os Secretários de Saúde apontaram que os critérios estabelecidos na Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, para adesão ao NASF, não contemplam a maior parte dos municípios baianos.

A portaria estabelece o número mínimo de equipes de saúde da família para as quais o NASF será referência, e diz que o NASF I realizará suas atividades vinculadas a, no mínimo, 08 (oito) e, no máximo, 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família; e o NASF II realizará suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família, sendo que somente os municípios que tenham densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ano-base 2007, poderão implantar o NASF II (BRASIL, 2008a).

Por ser a Bahia um estado com 417 municípios, e destes a maioria possuir uma população residente menor que 50.000 habitantes, os Secretários de Saúde, nas 174ª e 175ª reuniões da CIB, solicitaram ao diretor da DAB que encaminhasse ao Ministério da Saúde uma proposta de revisão dos critérios de adesão ao NASF.

Um aspecto importante a ser mencionado é que a maioria dos municípios brasileiros, e na Bahia a pesquisadora pôde constatar esta situação ao desenvolver o trabalho de apoiadora institucional da Diretoria de Atenção Básica, aderem ao NASF na tentativa de garantir atendimentos que seriam da Média Complexidade, como Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e Psiquiatria. A proposta do matriciamento de algumas áreas profissionais as Equipes de Saúde da Família, em alguns municípios

eram deixada de lado e o trabalho do NASF focalizava-se em atendimentos individualizados, o que diverge das diretrizes do programa federal.

Ainda sobre a questão dos recursos, alguns gestores criticam o modelo de financiamento adotado pelo Ministério da Saúde para a Atenção Básica, baseado no repasse de incentivos financeiros.

> No meu ver é um incentivo, é um incentivo mesmo, não é financiamento. E quem arca realmente com a Atenção Básica é o município, então não tem, é o que eu já tinha dito na questão anterior. Eu acho que o município na Atenção Básica, ele é o grande gestor, não tem essa co-gestão com outro. Existe um incentivo, no meu ver não é financiamento (G5).

Já outros afirmam haver um direcionamento da política de saúde por meio do financiamento, porém avaliam positivamente o repasse por incentivos: “O incentivo ele direciona, né? E geralmente, assim, quando o governo, ele direciona é porque ele quer fortalecer uma coisa que está mais frágil” (G4).

> Assim, eu super concordo que o Ministério da Saúde faz uma indução financeira forte sobre os municípios quanto às políticas que o Ministério institui. Eu acho que isso tem um lado positivo e um lado que pode ser bom ou não. Os municípios, como eu já falei, assim isso é sabido por todos, 75% da população, dos municípios brasileiros tem população até 20, 25 mil habitantes. Então, essa indução financeira por parte do Ministério da Saúde é boa, porque possibilita o município a estar trabalhando as ações de saúde de uma forma mais qualificada, a prova disso é que a Estratégia de Saúde da Família, por exemplo, aumentou enormemente de 1996 para cá. É uma evolução muito positiva, assim, surpreendente. Então assim, eu acho que dá para conciliar a indução financeira com a programação local na medida em que a gente tem um recurso financeiro que o município sozinho não teria condição de manter uma equipe de saúde naquela região, naquela localidade (G6).

Observa-se, na fala dos gestores, que todos concordam haver indução financeira por parte do nível federal para estruturação da Atenção Básica a partir da Estratégia de Saúde da Família. Essa indução é avaliada positivamente, visto as limitações orçamentárias e financeiras que os municípios de pequeno porte possuem, diante da possibilidade de assegurar a atenção a saúde de baixa complexidade à sua população. No entanto, os gestores não conseguem desenvolver uma crítica a essa modelagem de financiamento da Atenção Básica baseada em incentivos.

Apenas um gestor indicou a necessidade de rever o modelo de financiamento, afirmando: “Então eu acho, sinceramente, a solução do Sistema Único de Saúde,

Sistema de Financiamento Único, é essa a proposta porque a gente precisa saber, no bojo total, quanto é que tenho, e aí sim, a gente teria talvez, até como investir mais na Atenção Básica" (G1).

A publicação da Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde e estabeleceu os blocos de financiamento do Pacto pela Saúde, foi fruto de negociação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com intuito de superar os 15 anos de fragmentação dos programas, das ações e serviços, em razão de seu financiamento (SANTOS, ANDRADE, 2009). Neste documento ficou estabelecido, pelo Ministério da Saúde, o impedimento da utilização de recursos entre os blocos. Na opinião dos gestores, as repercussões desta definição para desenvolvimento da Política de Atenção Básica nos municípios foi positiva, pois os mesmos afirmam que desta forma fica assegurada a utilização do recurso para este nível de atenção.

> Então, eu acho que neste sentido, para Atenção Básica é importante essa proibição que fala que da utilização de recursos entre blocos, principalmente quando você tirava, e tem alguns que ainda fazem, usam o recurso da Atenção Básica para financiar outros blocos de atenção e isso vem fragilizando a Atenção Básica. Então neste sentido é importante para Atenção Básica que essa coisa seja amarrada, porque os recursos já são poucos, e você ainda tira da Atenção Básica para investir, por exemplo, na Média e Alta Complexidade ou na Especialidade é complicado para a gente que faz Saúde Pública lá na ponta (G2).

Observou-se uma questão paradoxal nesta afirmação dos gestores municipais. Em alguns momentos afirmam que o modelo de financiamento da Atenção Básica é indutivo e, na bibliografia pesquisada, verificou-se que os Secretários de Saúde solicitam mais autonomia para utilização dos recursos da saúde. Entretanto, na pesquisa de campo, avaliaram positivamente a proibição da utilização dos recursos entre blocos, pois estes "estariam amarrados".

A fala dos gestores induz à conclusão, à primeira vista, que os mesmos não são gestores do fundo municipal de saúde, visto que precisam que a determinação da alocação dos recursos da saúde venha de forma vertical, definida pelos níveis federal e estadual. Esta situação mostra-se contraditória quando os mesmos pleiteiam mais autonomia na gestão local.

No âmbito do financiamento estadual, houve a celebração de convênios, por meio do Projeto Saúde Bahia, para construção de unidades. O Governo do Estado garantiu o incentivo financeiro de custeio das equipes, além de celebrar, com os municípios, convênios de construção/reforma de Unidades de Saúde da Família e aquisição de equipamentos de saúde, na "Saúde da Família de Todos Nós".

O governo estadual diz que no período de 2007 a 2010 aplicou em saúde o que determina a Emenda Constitucional nº 29, de 2000. Segundo a EC 29, para os Estados, o montante a ser destinado anualmente para a execução de ações e serviços públicos de saúde, é o percentual mínimo de 12% da Receita Líquida (Tabela 9).

Tabela 9 - Gastos com Saúde do Estado da Bahia.

Descrição	Receita Líquida de Impostos (RLI)	Aplicação Mínima s/RLI		Aplicação Realizada	
		Valor	%	Valor	% s/RLI
2007	10.642.092	1.277.051	12	1.352.961	12,71
2008	12.247.925	1.469.751	12	1.571.286	12,83
2009	12.155.265	1.458.632	12	1.687.967	13,89
2010	14.024.226	1.682.907	12	1.931.511	13,77

Fonte: SICOF - SEFAZ / SAF / COPAF

No Relatório de Gestão da SESAB apresentado ao Conselho Estadual de Saúde (BAHIA, 2011), alguns apontamentos sobre o financiamento da Atenção Básica são feitos e destaca-se, por exemplo, a expansão e o percentual dos investimentos neste nível de atenção. Segundo o relatório, o Estado da Bahia tem 2.685 Equipes de Saúde da Família implantadas e uma cobertura de PSF da ordem de 58,6%.

Entre 2007 e 2010, a Bahia foi o estado com o maior crescimento da cobertura do PSF no Nordeste, com um aumento de mais de 12%. Contudo, necessita ampliar os recursos Atenção Básica, que perfazem cerca 1,5% dos investimentos da SESAB.

Uma área na qual a SESAB investiu recursos próprios foi a da construção e reforma de Unidades Básicas de Saúde. Foram feitos investimentos para construção de 400 novas USFs em mais de 200 municípios do estado para o período de 2007-2010, e 156 USFs foram concluídas de 2007 até junho de 2009 (BAHIA, 2009).

A Construção e Reforma das Unidades Básicas de Saúde são de suma importância, pois poucos municípios conseguiriam executar essa ação. Contudo, uma

questão referida pelos gestores municipais é que se celebrou o convênio com estado para construção de novas unidades; isso ajuda momentaneamente, pois, após a conclusão do repasse das parcelas do convênio, os recursos financeiros para custeio das equipes não é suficiente e inexiste para manutenção das unidades construídas.

> A experiência nos mostra que não é só falar: "olha vai ter um *plus*, vai ter um aumento, vai ter recurso para você construir unidade de saúde, tem recurso para você reformar, tem recurso para você ampliar" – isso tem que tem que ter um planejamento local, porque muitas vezes você por impulso, por até acreditar que o recurso que está vindo você poderá desenvolver ações, você não consegue realmente dar conta! Por quê? Você tem – ah, eu quero aumentar minha cobertura de Saúde da Família, aí com isso eu consigo recurso para construir uma unidade – esquecendo que precisa manter essa unidade, precisa manter essa equipe, e o financiamento que nós temos hoje, ele não dá conta, dentro dos padrões que está colocado, não é o percentual que está colocado, o município está sempre arcando com muito mais recurso (G1).

Grande parte dos municípios no país e do Estado da Bahia é de pequeno porte, com pequena base econômica de sustentação e, portanto, dependente das transferências intergovernamentais. Em muitos municípios não há sequer uma base técnica local para formular e implementar políticas de saúde ou mesmo assumir a gestão da rede própria de serviços de saúde (CASTRO e MACHADO, 2010).

PORTELA e RIBEIRO (2011, p. 1723), em seu estudo sobre a "A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte", analisaram a "participação da receita de impostos diretamente arrecadados na receita total dos municípios", segundo região geográfica, porte populacional e participação no Proesf. Identificaram que, quanto maior este indicador, maior a capacidade fiscal e, portanto, espera-se menor dependência dos municípios de outras fontes e maior autonomia política. Segundo estes autores, a elevada capacidade fiscal, associada a transferências financeiras elevadas, reflete a capacidade de governo em captar recursos e o alto comprometimento orçamentário da gestão local com o setor saúde, gerando uma elevada sustentabilidade econômico-financeira da ESF.

Neste estudo, PORTELA e RIBEIRO (2011) observaram que as regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores médias para os indicadores de sustentabilidade econômico-financeira, sendo as regiões com as menores despesas totais com saúde por

habitante. Salientaram que essas duas regiões foram as que, em média, apresentaram municípios mais vulneráveis econômica e financeiramente.

E é essa a situação de uma parcela expressiva dos municípios baianos. Diante da fragilidade da gestão municipal na adesão aos projetos, os gestores municipais reconhecem suas limitações e dificuldades.

> Essa indução financeira ela exige uma preparação técnica para implantação daquele determinado projeto, programa, e os municípios tem dificuldade técnica disso. Até para estimular esse planejamento local, os municípios tem dificuldade de pessoal para apoiar essas equipes para fazer isso [...]. Essa fragilidade técnica que os municípios têm, porque assim, uma coisa que tem a ver e não tem com o financiamento da Atenção Básica, mas também tem, é o financiamento para gestão, né? Os municípios não têm, agora que começa a se ventilar alguma, alguns recursos para investir na gestão do sistema, dos sistemas municipais. E ai eu acho que isso favorece um gap, aí entre o financiamento e essa organização do serviço, eu acho que se a gente tivesse quadros técnicos com qualificação técnica nos municípios para poder estruturar a oferta desses serviços de acordo com a realidade local fazendo um planejamento adequado às necessidades daquela população (G6).

Portanto, observa-se haver desafios a serem superados para a organização do SUS e, em especial, na Atenção Básica. Em relação ao processo de descentralização, ainda que a maioria dos municípios assuma a gestão, organização e execução das ações e serviços de saúde, todos ainda o fazem de acordo com as regras do Ministério da Saúde. E essa situação decorre do centralismo imposto pelo financiamento por programas.

Ainda que o Estado da Bahia seja um dos poucos que investe em Atenção Básica, por meio do incentivo financeiro à SF, há que se ressaltar a necessidade deste estado ampliar os investimentos neste nível de atenção. Observa-se que no discurso formal (documentos, resoluções) o estado considera a Atenção Básica prioritária. Mas, quando são analisadas as despesas liquidadas com a Atenção Básica em relação à Atenção Hospitalar e ambulatorial, esta ainda é inferior, o que demonstra que a prioridade encontra-se no plano discursivo.

6.3.3 Problemas do Financiamento da Atenção Básica

A questão do financiamento ocupa uma centralidade nos debates acadêmicos, de gestão e do controle social, visto a sua importância para construção e efetivação da política pública de saúde.

> Então, se você não resolver problemas crônicos, vai tentar combatendo a consequência, e você não vai interferir diretamente na causa de todos os problemas, que, infelizmente, a gente ainda tem. E o financiamento inadequado é um desses problemas que gera esses outros problemas, que vai se agravando a cada dia, e por isso que eu acho que ele ainda não é adequado, mas lógico que tem suas vantagens e desvantagens (G2).

Entre os problemas crônicos do financiamento da Atenção Básica, está a alimentação dos Sistemas de Informação. Segundo a Portaria nº 648/2006, a não alimentação regular dos bancos de dados nacionais de informação (SIAB; SIA; SIM; SISVAN; etc.) e a constatação, por meio de monitoramento e supervisão direta do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde ou auditoria, culminaria na suspensão do repasse de recursos. Em reuniões da CIB, em especial as de nº 140 e 142 do ano de 2006, foram apontadas inconsistências no SIAB e também no CNES. Na 140ª reunião CIB a fala de um gestor chama a atenção, pois o mesmo afirma que, acerca das inconsistências do SIAB, não haveria motivos para desespero dos gestores, porque nunca houve bloqueio e que esse só aconteceria depois de passar pela CIB.

No entanto, os gestores municipais tecem muitas críticas à suspensão de recursos para Atenção Básica baseada nos registros dos sistemas de informação. Com tantos sistemas de informação para serem alimentados pelos serviços de Atenção Básica, a ausência de comunicação entre eles e as repercussões que esses acarretam para a gestão municipal, parecem evidenciar problemas. Conclui-se que estes sistemas se apresentam como “A Torre de Babel da Informação”.

> Na verdade, hoje temos um monte de sistema, aí não é só do SIAB, CNES né? Nós temos um monte de sistemas que não se falam. Eu não sei até aonde nós vamos chegar sem resolver essa situação [...]. Essa questão da suspensão de recursos é tão relativa, que ela não tem significado, aliás, ela tem o significado de corte de recurso (G1).

> Quando eu trabalhei na SESAB, eu trabalhava como coordenadora do Cadastro, eu trabalhava diretamente com CNES, o CNES é um sistema louco, super problemático. Hoje, nós temos 417 municípios, pois eu digo a você que cada município tem uma base no seu CNES diferente do que tem na base estadual, diferente do que tem na base nacional, sendo que a gente está falando da mesma rede. Então é uma coisa meio esquizofrênica [...]. Mas a gente precisa ter o cuidado de qualificar muito esses sistemas, para que a gente consiga ser justo nessa alocação e suspensão de recursos [...]. Eu acho que o SIAB nem está tão vilão assim com relação a suspensão de recursos, ele ainda tem seu papel no sentido de permitir avaliação, planejamento e acompanhamento das ações, mas eu acho que ele não está mais gerando cortes como antigamente, que a gente dependia somente da alimentação dele, e aí que acaba até sendo deixado assim à segundo plano [...]. Então, eu acho que a gente não dá muito valor de uso, ainda ao sistema de informação, somente aquele que dói no bolso, e aí no caso hoje o rei da cocada preta é o CNES, que todo mundo fica morrendo de medo, com o maior cuidado, no maior melindre (G6).

Nas reuniões da CIB, no ano de 2007, novamente os sistemas de informação voltam à pauta, em especial o CNES, após a publicação da Portaria nº 750, em 10 de outubro de 2006. Esta portaria determinou a compatibilização do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Instituiu, a partir da competência outubro de 2006, no SCNES, a Ficha Complementar de Cadastro das Equipes de Saúde da Família, Saúde da Família com Saúde Bucal – Modalidades I e II e de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2007). Um ano após a publicação da portaria, segundo relatos dos gestores estaduais na 148ª reunião CIB, havia um baixo registro dos municípios no CNES e esta situação acarretaria suspensão de recursos, o que corrobora a fala acima, a qual afirma que os gestores não se preocupam com as informações produzidas, mas sim com o corte de recursos.

O problema dos sistemas de informação não está relacionado apenas às inconsistências por não alimentação dos dados, mas, principalmente, por questões relacionadas à duplicidade de informações, ao não cumprimento da carga horária informada e/ou à ausência do profissional.

No âmbito da gestão, por ser a Atenção Básica de responsabilidade municipal, os Secretários de Saúde têm uma grande preocupação com o financiamento deste nível de atenção, pois crescem os gastos com a saúde ao passo em que o orçamento público é reduzido.

> Então, os municípios que têm na sua base territorial, hospital, hoje está mais do que provado que os municípios alocam um aporte muito grande de recurso para se manter um hospital e na própria Atenção Básica, como eu te coloquei, 60% mais ou menos 70% a depender do custo de uma unidade de saúde da família, é bancada pelo município, porque os recursos que são transferidos tanto pela união quanto pelo estado, são recursos insuficientes para que você mantenha uma equipe funcionando em todos os aspectos, principalmente, por conta da remuneração dos profissionais, que vem aumentado ano a ano (G2).

Atualmente, estudos sobre os custos da Atenção Básica vêm sendo desenvolvidos (CASTRO, 2011; ROCHA FILHO e SILVA, 2009; CASTRO *et al.*, 2007). Estes envolvem questões do custo/efetividade e custo da atenção primária à saúde no Brasil, em especial a Estratégia da Saúde da Família. Mas é preciso avançar e desenvolver mais estudos sobre os custos da Atenção Básica. Faz-se necessário conhecer o quanto custa prover a Atenção Básica em saúde, considerando as especificidades regionais, e os gestores municipais já sinalizam isso.

> Os municípios estão com aporte de 70%, o município está assumindo 70% do valor do financiamento da Atenção Básica isso em média, porque se a gente for alocar o grosso mesmo, dos insumos, se você colocar todo o custo da Atenção Básica, isso pode aumentar até mais um pouquinho, pode chegar até 75%, porque assim, uma equipe não custa só aquele valor do PAB fixo e do variável que é repassado, e que ainda tem incrementos tanto do município quanto do Ministério da Saúde, uma equipe custa, todo o custo que é manter uma unidade, aquela estrutura física tem um custo, contas fixas de água, luz, telefone, internet, você tem todo o combustível para o transporte de profissional, veículo, manutenção, tudo isso que é muito caro, os equipamentos que tem na unidade, que eles se desgastam muito rápido pela utilização (G3).

CASTRO (2011) aponta que análises feitas no ano de 2005 indicaram que o PAB variável propiciou significativa distribuição dos recursos na saúde e privilegiou municípios com maior vulnerabilidade. Porém, a autora afirma que o volume de recursos repassados não foi suficiente para reduzir as desigualdades inter e intrarregionais das receitas públicas em municípios com até 200 mil habitantes.

Após a implantação do Pacto pela Saúde a situação acima persiste, o que torna o desafio do SUS ainda maior, pois mesmo com as mudanças nas modalidades de financiamento os gestores municipais afirmam:

> Qual a realidade que nos temos na Bahia hoje?! A Bahia toda é igual? Não! Nós temos regiões de melhor, por exemplo, nos temos municípios na Bahia que tem dificuldade de gastar recurso próprio, porque tem muito, e nós temos municípios na Bahia que não têm nada [...] eu não concordo com esse valor, esse valor igual, ele é como se todos nós fôssemos iguais em nível de estrutura de cada município, e não é! Cada município tem a sua particularidade [...] (G1).

> Então para funcionar uma Equipe de Saúde da Família é um aporte de recursos consideráveis e os municípios vêm assumindo em torno, uma média, varia de 65 até 75% do financiamento, ainda é muito alto. Se você pegar o perfil dos municípios, principalmente na Bahia, nós temos em torno de 70 municípios até 20 mil habitantes, e 90 municípios vão até 50 mil habitantes. Então você pegar 90% dos municípios no estado até 50 mil habitantes, você tem municípios muito pequenos, muito pobres (G3).

Os gestores municipais reconhecem a dificuldade do gestor federal em formular uma política de amplitude nacional que contemple todas as especificidades locais e regionais. Mas os secretários municipais colocam que o governo estadual precisa se fazer presente tanto no financiamento – repassando mais recursos – quanto no desenvolvimento de análises e estudos que identifiquem as especificidades de cada região e, desta forma, propor um repasse de recursos com critérios claros que vislumbrem a equidade, integralidade e metas previamente estabelecidas.

> O governo federal, eu creio que ele tem que olhar para todos de forma bem abrangente porque ele não está aqui no dia-a-dia dos municípios. Então, eu acho que a política dele deve ser realmente voltada no todo. Agora para o estado, eu acho que ele deveria estar dando um incentivo maior para aqueles municípios que realmente eles estão praticando, desenvolvendo as ações e fazer uma avaliação com critérios já definidos, e onde ele dê um incentivo maior ao município que está desenvolvendo ações, que estão realmente impactando no resultado. E aí olhar de uma maneira bem diferenciada e dando incentivo maior, porque quando a gente percebe que está sendo olhado, que está sendo observado e que está e que as ações que a gente está fazendo estão tendo efeito isso ainda dá mais ânimo, dá um incentivo maior para você investir mais nas ações. Então, eu acho que realmente o governo estadual deveria, já está, a gente percebe e reconhece que ele tem avançado nesta proposta, que ele está mais próximo dos municípios, ele está mais atento, mas para isso também a gente precisa de mais recurso (G4).

Os secretários, além de reconhecerem os esforços dos outros entes federados, em relação ao financiamento da Atenção Básica, apontam caminhos que poderão auxiliar o gestor federal e estadual na elaboração de critérios para alocação dos recursos.

> Eu acho que para os dois entes, tanto federal quanto estadual, porque o federal faz de alguma forma e o estadual não, é enxergar mesmo alguns elementos com relação a equidade, na verdade as iniquidades que a gente tem muitas entre os municípios. O porte populacional é importante, o Ministério da Saúde já considera, e o estado não, a organização do processo de trabalho, a existência de planejamento local, essa, a existência de populações vulneráveis como a gente já falou de ciganos, de população ribeirinha, de assentados, que também o Ministério já considera e o estado ainda não. Então eu acho todos esses critérios, esses critérios não, esses itens de iniquidade que a gente sabe, conhece que existe na Bahia eu acho que devem ser levados em consideração (G6).

Com tantas propostas e mudanças no formato do repasse de recursos, observa-se ainda ser preciso avançar em outras áreas, como no financiamento da gestão.

> E outra coisa que eu acho também, é essa questão da capacidade técnica dos municípios fazerem a gestão da Atenção Básica, porque aí assim, eu ouvi mesmo um município, um secretário de um município de Sergipe, assim, fazer uma fala, com o Ministério da Saúde, dizendo exatamente isso, não adianta o Ministério da Saúde estar trazendo PMAQ, qualifica UBS, NASF, mil coisas se os municípios não tem capacidade técnica para poder implantar esses projetos, para executar isso, para estar elaborando projetos, para estar alimentando sistema, monitorando isso mês a mês. A questão da gestão da Atenção Básica também é muito importante, tem aí a estratégia do Apoio Institucional, que o Ministério da Saúde traz com força, que o estado da Bahia já trabalha também e a Fundação Estatal de Saúde da Família também trabalha, mas só que a gente volta para o financiamento. A gente tem financiamento para as equipes, para os profissionais. Mas a gente não tem financiamento para gestão da Atenção Básica. E aí os municípios não têm capacidade técnica para investir nisso. Então eu acho essa questão do financiamento para gestão da Atenção Básica é uma coisa importante para a gente avançar com a política e qualificar (G6).

Diante dos discursos dos gestores municipais e dos documentos, resoluções e portarias estaduais e federais, observa-se que a expansão da ESF constitui processo político cada vez mais forte, uma vez que tanto o comprometimento orçamentário quanto as médias de cobertura relacionadas à estratégia estão se expandindo. Porém, a sustentabilidade desta estratégia, prioritária para a transformação do modelo assistencial no SUS, ainda enfrenta algumas dificuldades e turbulências, visto que o sistema de saúde brasileiro, desde sua implantação, passa por um baixo investimento financeiro. Ratifica-se, pois, a afirmação de SANTOS e ANDRADE (2009, p. 123) sobre a normatização e centralidade do financiamento do SUS no nível federal. Deve-se questionar até quando a organização do SUS permanecerá sob a tutela do financiamento de programas, projetos, incentivos à adoção de determinados programas. Faz-se

necessário discutir um financiamento público do setor saúde que assegure e respeite as transferências obrigatórias constitucionais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo, observa-se que os diferentes níveis de atenção à saúde convivem com o conflito permanente no interior do Ministério da Saúde, do Estado e Município, disputando a prioridade de investimentos num contexto de redução de gastos e escassez de recursos. Esta situação é resultante da opção conservadora na condução econômica do país.

Para estruturação de uma Política Pública de Saúde que tenha a Atenção Básica como a base para organização de um novo modelo assistencial, faz-se necessário debater e estudar a capacidade de resolução dos serviços deste nível de atenção com os recursos financeiros hoje disponíveis. É notório que os problemas de saúde da população estão cada dia mais complexos, exigindo um maior dispêndio de recursos financeiros para atender suas necessidades.

A Bahia é um estado cuja população constitui-se por aproximadamente 14.021.432 habitantes, segundo informações do Censo 2010, a qual se encontra distribuída desigualmente nos 417 municípios. A maior concentração populacional ocorre nos municípios de maior porte, ou seja, a ocupação territorial caracteriza-se por uma distribuição populacional bastante rarefeita em algumas regiões do Estado.

É o estado com os melhores Índices de desenvolvimento humano (IDH) da região nordeste, ao ocupar a 7ª posição no ranking nacional do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro. Mas, paradoxalmente, ocupa a 19ª posição em relação ao PIB *per capita*.

Na Bahia, o acesso aos serviços de saúde vem sendo ampliado. Mas a baixa cobertura de uma rede assistencial de saúde no estado ainda persiste e afeta de forma diferenciada os municípios. Nos últimos anos, houve um aumento da cobertura das eSFs nos municípios menores; à primeira vista, esta elevação pode estar relacionada aos vazios assistenciais dos serviços de média e alta complexidade de algumas regiões do interior do estado.

Contudo, os moradores dos municípios de menor porte, que se encontram distantes dos grandes centros urbanos, têm dificuldade de acesso aos serviços de saúde, conforme afirmaram os Secretários de Saúde em nosso estudo. Os municípios possuem uma rede assistencial de Atenção Básica limitada, devido à baixa capacidade fiscal e

também à dificuldade em fixar os profissionais de saúde em sua região, em especial o profissional médico. Essa situação revela uma grande iniquidade de nosso sistema de saúde.

Em relação à problemática da fixação e cumprimento da jornada de trabalho pelos profissionais de nível superior, em especial os médicos, a proposta apresentada pelo governo estadual para resolver o problema foi a instituição da Fundação Estatal da Saúde da Família (FESF). Entretanto, os gestores municipais não apontaram a FESF como alternativa para resolução deste problema.

Diante disso, faz-se necessário o desenvolvimento de um estudo sobre o impacto da Fundação nos problemas relacionados ao trabalho em saúde (fixação dos profissionais, cumprimento da jornada de trabalho, etc.).

Neste estudo, retoma-se a ideia que o financiamento da saúde é de responsabilidade dos três entes federados. E observa-se na fala dos gestores municipais que estes arcam com grande parte do recurso destinado ao setor saúde, e em especial com a Atenção Básica.

O Estado da Bahia apresentou avanços significativos, a partir de 2007, ao propor novos arranjos organizacionais e de gestão, ao instituir na Atenção Básica o Apoio Institucional, a Educação Permanente, a Desprecarização dos vínculos, em especial dos ACS. É notório o investimento realizado pelo estado na Política Estadual de Atenção Básica, ao elevar o valor o incentivo estadual do PSF, e investir recursos em construções e reformas de Unidades de Saúde, entre outros benefícios. Contudo, avalia-se que optar pelo repasse igualitário do incentivo estadual a todos os municípios do estado é um equivoco, destoando do que atualmente se desenvolve em nível federal, um financiamento que considera as especificidades das regiões (Amazônia Legal, População Ribeirinha, etc.).

Desta forma, no desenvolvimento desta pesquisa, observou-se que o governo estadual não conseguiu avançar na construção de um co-financiamento estadual que considere as especificidades regionais do estado.

Ainda que os governos federal e estadual invistam na Atenção Básica, observa-se que as condicionalidades impostas pelo Ministério da Saúde para adesão aos programas dificultam a estruturação deste nível de atenção nos municípios. Muitos municípios não conseguem captar os incentivos dos programas por não se enquadrarem

aos critérios, e acabam por financiar a Atenção Básica com recursos próprios e do PAB fixo.

Diante dos parcos recursos, os critérios de racionalização têm produzido desigualdades no processo de implantação da Atenção Básica. Assim sendo, a transformação do modelo assistencial torna-se quase utópica diante das dificuldades apontadas pelos principais executores dos serviços e ações de Atenção Básica.

Reitera-se o que já havia sido comprovado em outros estudos, apesar do financiamento da Atenção Básica ser de responsabilidade tripartite, na prática, existe presença significativa do governo federal e de gestões municipais. Os estados, em sua maioria, ausentes na composição deste financiamento, de um modo geral adotam mecanismos complementares de incentivos financeiros ao PSF, como é o caso da Bahia.

Ao revisar a literatura sobre o financiamento da Atenção Básica e analisar a fala dos gestores municipais, observa-se que, após a instituição do Pacto pela Saúde, a lógica da distribuição dos recursos permaneceu inalterada, pois o repasse financeiro só é efetivado mediante adesão do município aos programas definidos como prioritários pelo governo federal.

Desta forma, caberá ao governo federal rever a vinculação das transferências para os municípios e reverter o subfinanciamento do ESF, ou repensar em outras modalidades de repasse de recursos. Ao governo estadual, faz-se necessário ampliar financiamento da Atenção Básica e manter as ações de apoio técnico aos municípios nas questões de planejamento e gestão financeira dos sistemas de serviços de saúde. Aos municípios é prioritária a incorporação de práticas de planejamento local, ampliação a autonomia dos secretários municipais de saúde e suspensão da utilização dos recursos da Atenção Básica em outros níveis de Atenção.

Assim, a descentralização só obterá sucesso se a quantidade de recursos financeiros necessários para responder aos compromissos assumidos no atendimento à população for adequada, e também quando houver regularidade do financiamento e da capacidade de incremento de recursos destinados à saúde pelas três esferas. Ou seja, não basta a simples transferência financeira, também se faz necessário discutir os critérios e as formas de alocação dos recursos.

8 REFERÊNCIAS

ANDRADE, Laíse Rezende de. **A FE no SUS**: Fundação Estatal como proposta de gestão do trabalho para a Estratégia Saúde da Família na Bahia. 2009. 128 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. O SUS Pós-NOB II: o SUS de Pacto de Gestão. **Revista do COSEMS**, Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www. conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=1280&codPagina =1122>. Acesso em: 05 jan. 2013.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 455-479, 2002. Disponível em: <http://www. scielo.br/pdf/csc/v7n3/13025.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2013.

BAHIA. **Ata da 140ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite do ano de 2006**. Salvador: SESAB, 2006b. Disponível em: <http://www2.saude.ba.gov.br/ cib/arquivos/Atas%20da%20CIB/2006/Ata%20da%20CIB%20N%C2%BA%20140.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2013.

_____. **Ata da 142ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite do ano de 2007**. Salvador: SESAB, 2006a. Disponível em: <http://www2saude.ba.gov.br/ cib/arquivos/Atas%20da%20CIB/2006/Ata%20da%20CIB%20N%C2%BA%20142. pdf>. Acesso em: 28 mar. 2013.

_____. **Ata da 1ª Reunião Extraordinária da Comissão Intergestores Bipartite do ano de 2007**. Salvador: SESAB, 2007a. Disponível em: <http://www2saude.ba.gov.br/ cib/arquivos/Atas%20da%20CIB/2007/Ata%20da%201%C2%AA%20Reuni%C3%A3 o%20Extraordin%C3%A1ria.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2013.

_____. **Ata da 145ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite do ano de 2007**. Salvador: SESAB, 2007b. Disponível em: <http://www2saude.ba.gov.br/ cib/arquivos/Atas%20da%20CIB/2007/Ata%20da%20CIB%20N%C2%BA%20145. pdf >. Acesso em: 28 mar. 2013.

_____. **Ata da 148ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite do ano de 2007**. Salvador: SESAB, 2007c. Disponível em: <http://www2.saude.ba.gov.br/ cib/arquivos/Atas%20da%20CIB/2007/Ata%20da%20CIB%20N%C2%BA%20148. pdf>. Acesso em: 28 mar. 2013.

_____. **Fundação Estatal Saúde da Família**: proposta para debate. Salvador: SESAB, 2007d.

_____. Resolução CIB Nº 106/2007. Aprova critérios para a distribuição dos recursos financeiros correspondentes aos 9% (nove por cento) do valor mínimo do PAB fixo, multiplicado pela população do Estado, para a Compensação das Especificidades Regionais. Salvador: SESAB, 2007e.

_____. **Ata da 164ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite do ano de 2008**. Salvador: SESAB, 2008a. Disponível em: <http://www2.saude.ba.gov.br. /cib/arquivos/Atas%20da%20CIB/2008/Ata%20da%20CIB%20N%C2%BA%20164% C2%AA.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2013.

_____. **Ata da 184ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite do ano de 2008**. Salvador: SESAB, 2010a. Disponível em: <http://www2.saude.ba.gov.br/ cib/arquivos/Atas%20da%20CIB/2010/Ata%20da%20184%20Reuni%C3%A3o%20da %20CIB.pdf>. Acesso: 27 mai. 2013.

_____. Decreto nº 9.034 de 30 de Março de 2004. Institui o Programa Estadual de Certificação da Atenção Básica, no âmbito da Secretaria da Saúde, e dá outras providências. Salvador, 2004. Disponível em: http://governo-ba.jusbrasil.com.br/legislacao/77074/decreto-9034-04#art-14. Acesso: 17 ago. 2013.

_____. Lei nº 3.104, de 28 de maio de 1973. Reorganiza a Secretaria da Saúde Pública, institui a Fundação de Saúde do Estado da Bahia e dá outras providências. Salvador: SESAB, 1973. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/ legislacao/86228/lei-3104-73-bahia-ba>. Acesso em: 05 jan.2013.

_____. Secretaria da Saúde. Portaria nº 1529, de 12 de junho de 2007. Dispõe sobre a transferência regular e automática pelo Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde dos recursos estaduais relativos aos incentivos ao Programa Saúde da Família – PSF. Salvador: SESAB, 2007f. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov. br/dab/images/stories/Documentos/legislacao/estadual/portaria_1529.pdf>. Acesso em: 05 jan.2013.

_____. Secretaria da Saúde. Portaria nº 1566, de 13 de junho de 2008. Altera o Anexo 01 da Portaria nº 1529, de 12 de Junho de 2007, atualizando o valor base do Incentivo Financeiro Estadual para o Programa Saúde da Família – PSF, com efeito desde a competência de julho de 2008. Salvador: SESAB, 2008b. Disponível em: <http://www. saude.ba.gov.br/dab/images/stories/Documentos/legislacao/estadual/portaria1566.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2013.

_____. Secretaria de Saúde. **Relatório de gestão**: SESAB 2009. Salvador: SESAB, 2010b. v. 1. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/Relatorio_VolumeI.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2013.

_____. Secretaria da Saúde. **Relatório de prestação de contas ano base 2010, parecer e voto do relator**. Salvador: SESAB, 2011. Disponível em: <http://www2.saude.ba.gov.br/ces/arquivos/APRESENTA%C3%87%C3%95ES/175%C2%AA%20Reuni%C3%A3o%2026.04.2011/Parecer%20Relat%C3%B3rio%20%20de%20Gest%C3%A3o%20da%20SESAB%202010.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2013.

_____. Secretaria da Saúde. Superintendência de Planejamento e Monitoramento da Gestão Descentralizada de Saúde. **Agenda Estadual de Saúde, mais saúde com qualidade**: reduzindo desigualdades. Salvador, 2004. 98 p. Disponível em: <http://www2.saude.ba.gov.br/arquivos/AgendaEstrategicaSaude/AGENDA%20ESTADUAL%20DE%20SA%C3%9ADE%202004.pdf >. Acesso em: 30 abr. 2013.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria et al. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1007-1028, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a06.pdf>. Acesso: 18 abr.2012.

BRASIL. Decreto nº 86.329, de 02 de setembro de 1981. Institui o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária. Brasília, DF, 1981. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1981/86329.htm>. Acesso em: 06 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**: gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://dab.saúde.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em: 18 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Instrutivo para preenchimento do pacto pela vida e da programação das ações de vigilância em saúde nas unidades federadas – 2010 – 2011 tuberculose**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/instrutivo_pavs_pacto_tb_14_12_10.pdf >. Acesso em: 05 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Diretoria da Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [S.d]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 30 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Financiamento da Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/financiamento.php>. Acesso em: 05 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família**: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 210 p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 40 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1882/GM, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997a. Disponível em: <http://189.28.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislação/portaria 1886_18_12_97.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13475>. Acesso em: 10 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica - Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_12.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 548/GM, de 12 de abril de 2001. Aprovar o documento "Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS", parte integrante desta portaria. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20548.pdf.>Acesso em: 12 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 1158, de 08 de agosto de 2001. Estabelece componentes para avaliação da atenção básica dos municípios pleiteantes à habilitação segundo a NOAS 01/2001. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001d. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-1158.htm>. Acesso em: 12 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2034/GM, de 07 de novembro de 2001. Definir que o Piso de Atenção Básica Ampliado – PAB Ampliado – consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao financiamento do conjunto de procedimentos da atenção básica à saúde constante do ANEXO desta Portaria. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001e. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%202034.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.434/GM, de 14 de julho de 2004. Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1434.htm>. Acesso em: 29 mai. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.350, de 24 de julho de 2002. Instituiu o Incentivo Financeiro Adicional vinculado ao Programa de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port_1350.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 09 fev.2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/2006, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm.>. Acesso em: 09 fev.2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica ganha nova dimensão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: <http://189.28. 128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo34.pdf.>. Acesso em: 09 fev.2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 650/GM, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Anexo_5_Portaria_650_2006.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006e. 300 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 750, de 10 de outubro de 2006. Compatibiliza o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde com o Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006f. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/PT-750.htm>. Acesso em: 09 fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações, Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008b. 349 p.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto da Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informe1.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, jan./mar. 2003.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, 401-412, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13021.pdf>.Acesso em: 28 mai. 2012.

BODSTEIN, Regina et al . Estudos de linha de base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30986.pdf.>. Acesso em: 18 maio 2013.

BRANDÃO, Helena Hathsue Nagamine **Analisando o discurso**. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.museulinguaportuguesa.org.br/files/mlp/texto_1.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2013.

_____. **Introdução à análise do discurso**. Campinas, UNICAMP, 2004. 120 p.

CAMPOS, Francisco Eduardo de et al. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas Grandes Capitais Brasileiras. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n1/a04.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2012.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, abr. 2010.

CASTRO, Inã Elias de. Solidariedade Territorial e Representação. **Território**. Rio de Janeiro, ano 1, n. 2, p. 33-42, 1997. Disponível em: <http://www.revistaterritorio.com.br/pdf/02_4_castro.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2013.

CASTRO, Janice Dornelles de et al. Custo-efetividade: comparação entre o modelo tradicional e o Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 10, jul./set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/13.pdf>. Acesso em: 27 maio 2013.

CASTRO, Paula de Sousa e. **Aferição de custos em Unidades Básica de Saúde**: revisão integrativa da literatura. 2011. 138 p. Dissertação (Mestrado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CHAUÍ, Marilena. **O que é Ideologia**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 2008.

COHN, Amélia. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, Ana Cristina (Org.). **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e eqüidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7005.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2013.

COSEMS. **O Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde da Bahia**. Bahia, 2012. Disponível em: <http://www.cosemsbahia.com.br/?pagina=conteudo&codPag=98>. Acesso em: 27 maio 2013.

CUNHA, Maria Aguinê Evangelista; *et al.* **Relato sobre o processo histórico da Atenção Básica no Estado da Bahia.** Salvador, 2012. 12p.

CUNHA, Maria Aguinê Evangelista; NASCIMENTO, Marco Antônio Minervino do. **Percepção dos trabalhadores sobre a construção de uma Gestão Participativa na Diretoria da Atenção Básica da Secretaria da Saúde da Bahia**. 2009. 15 p. Artigo (Especialização em Saúde da Família com ênfase na coordenação e gerenciamento de processos de trabalho) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador.

CZERESNIA, Diná; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DOBASHI, Beatriz de Figueiredo et al. O pacto interfederativo na saúde e a gestão descentralizada: uma oportunidade estratégica de promover avanços no Sistema Único de Saúde. In: SANTOS, Nelson Rodrigues; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. p. 11-23.

DRAIBE, Sonia Miriam. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. **Revista Tempo Social**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 63-101, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v15n2/a04v15n2.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2013.

ELIAS, Paulo Eduardo et al. O financiamento e a política de saúde. **Revista USP**, São Paulo, n. 51, p. 63-101, set./nov. 2001. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/ revusp/article/download/35094/37833>.Acesso em: 15 mar. 2013.

ESCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 385-434.

ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a Atenção Básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2012.

FADEL, Cristina Berger, et al. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 445-456, mar./abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a08.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2012.

FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2013.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970**. 21 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

GERSCHMAN, Silvia. Municipalização e inovação gerencial: um balanço da década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 417-434, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7012.pdf>. Acesso em: 29 maio 2012.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In*:* GIOVANELLA, Lígia et al**. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GÖTTEMS, Leila Bernardo Donato; PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Para Além da Atenção Básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 189-198, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/03.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2012.

GUSSO, Gustavo Diniz Ferreira et al. Terminologia da Atenção Primária à Saúde. **Revista brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 93-99, jan./mar., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1/a13v36n1.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2012.

HARZHEIM, Erno et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/13.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2012.

HEINZELMANN, Ricardo et al. **A Diretoria da Atenção Básica da Bahia e sua experiência de Apoio Institucional aos municípios**. Salvador: SESAB, 2007. Apresentação de *slides*.

IBAÑEZ, Nelson et al. Avaliação do desempenho da Atenção Básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30983.pdf>. Acesso em: 20 maio 2012.

JUNQUEIRA, Túlio da Silva et al . As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, maio 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/14.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2013.

LIMA, Luciana Dias de et al . Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/30.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

LUZ, Madel Terezinha. **Ordem Social, instituições e políticas de saúde no Brasil**: textos reunidos. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ - ABRASCO, 2007.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a Atenção Básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13802.pdf >. Acesso em: 05 jan. 2012.

MATTOS, Ruben Araújo de. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7009.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2013.

MELLO, Guilherme Arantes et al. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/download/307/203.>. Acesso em: 05 jan. 2012.

MENDES, Áquilas Nogueira. **Financiamento, Gasto e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)**: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001). 2005. 422 p. Tese (Doutorado em Economia)- Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

MENDES, Áquilas Nogueira; MARQUES, Rosa Maria. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 345-362, ago. 2012. Disponível em: <http//www.eco.unicamp.br/docprod/downarq.php?id=3213&tp=a>. Acesso em: 15 nov. 2011.

_____. A Saúde pública sob a batuta da nova ordem. In: MARQUES, Rosa Maria; FERREIRA, Mariana Ribeiro Jansen. **O Brasil sob a nova ordem**. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 267-286.

_____. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização**. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 841-850, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/19.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2011.

MERCADANTE, Otávio Azevedo et al. A evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 235-313.

MERHY, Emerson Elias; BUENO, Wanderley Silva. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?. 1997. Disponível em: http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-14.pdf Acesso em: 05 jan. 2012.

MERHY, Emerson Elias et al. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, Eduardo (Org.). **Municípios**: a gestão da mudança em saúde. Recife: Editora Universitária UFPE, 2004. p. 45-76.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. 1 ed. São Cristóvão, Salvador: Editora da UEFS e Editora da UFBA, 2009. p. 29-56.

MOLESINI, Joana Angélica. Programação pactuada integrada e gestão compartilhada do SUS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 3, p. 623- 638, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n3/a1876.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2013.

MORAES, David Polessi de. **Arrecadação tributária municipal:** esforço fiscal, transferências e Lei de Responsabilidade Fiscal. 2006. 45 p. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

MÜLLER-NETO, J. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Revista Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, n.31, p. 54-66, mar, 1991. Disponível em: http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?bib=SAUDEDEBATE&pesq=Titulo%20do%20Artigo:%20POLiTICAS%20DE%20SAuDE%20NO%20BRASIL:%20A%20DESCENTRALIZAcaO%20E%20SEUS%20ATORES. Acesso em: 02 ago. 2013.

NAKATANI, Paulo; OLIVEIRA, Fabrício Augusto. Política econômica brasileira de Collor a Lula: 1990-2007. In: MARQUES, Rosa Maria; FERREIRA, Mariana Ribeiro Jansen. **O Brasil sob a nova ordem**. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 21-50.

NASCIMENTO, Vânia Barbosa do. **SUS**: pacto federativo e gestão pública. São Paulo: Hucitec, 2007. 228 p.

NORONHA, José Carvalho de et al. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. ***Primary Health Care***. Geneve, 1978.

PAIM. Jairnilson Silva. A gestão do SUDS no Estado da Bahia. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 365-375, 1989. Disponível em: <http://www. scielo.br/pdf/csp/v5n4/02.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2013.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1819-1829. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ csc/v12s0/05.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2013.

PEREIRA, Sheila Duarte. **Conceitos e definições da saúde e epidemiologia usados na Vigilância Sanitária**. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visa.pdf>. Acesso: 06 jul. 2013.

PINTO, Isabela Cardoso de Matos. **Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental:** o caso das organizações sociais da saúde na Bahia. 2004. 253 p. Tese (Doutorado em Administração) - Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

PINTO, Isabela Cardoso de Matos; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1777-1788, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n9/11.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2013.

POCHMANN, Marcio. Proteção social na periferia do capitalismo: considerações sobre o Brasil. **São Paulo Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 3-16, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n2/a02v18n2.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2013.

PORTELA, Gustavo Zoio; RIBEIRO, José Mendes. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1719-1732, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n3/09.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

PUGIN, Simone Rossi; NASCIMENTO, Vania Barbosa do. **Principais marcos das mudanças institucionais no setor saúde (1974-1996)**. São Paulo: CEDEC, 1996. Disponível em: <http://www.cedec.org.br/files_pdf/DIDATI1.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2013.

RIBEIRO, Fátima Aparecida. **Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil**: uma perspectiva histórica. 2007. 308 p. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
RIO GRANDE DO SUL. **SUS é legal**: legislação federal e estadual. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2000. p. 12.

ROCHA, Décio; DEUSDARÁ, Bruno. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **Alea,** v. 7 n. 2, p. 305-322, jul-dez, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/alea/v7n2/a10v7n2.pdf Acesso em: 22 fev.2012.

ROCHA, Paulo de Medeiros et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl.1, p. 69-78, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/12.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2013.

ROCHA FILHO, Fernando dos Santos; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Análise de custos com pessoal e produtividade de equipes do programa de saúde da família em Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 919-928, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/28.pdf>. Acesso em: 28 maio 2013.

ROSA, Márcia Reis Rocha; COELHO, Thereza Christina Bahia. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1863-1873, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/21.pdf>. Acesso em: 19 maio 2013.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2013.

ROVERE, Mario. Atención Primaria de la Salud em Debate. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 327-342, jul./set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a03v36n94.pdf>. Acesso em: 19 maio 2013.

SAMPAIO, Juliana et al. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 279-290, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a30.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2013.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **SUS**: o espaço da gestão inovadora e dos consensos interfederativos, aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Saberes, 2009. 168 p.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n2/05.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2012.

SILVA, Lígia Maria Vieira da et al. **O Programa de Saúde da Família**: evolução de sua implantação no Brasil. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/psf_evolucao_brasil.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2013.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Ana Maria D´Andrea (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>. Acesso em: 19 maio 2013.

SOARES, Laura Tavares. **Saúde para todos em 2005**. Rio de Janeiro: UERJ, 2005. Disponível em: <http://www.lpp-buenosaires.nei/outrobrasil/dosc/1752005155616_laura_janeiro_2005.pdf>. Acesso em: 19 maio 2013.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 4, p. 495-502, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n4/a18v7n4.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2013.

SOUSA, Maria Fátima de. O PSF nos grandes centros urbanos: o passado nos condena? In: _____. (Org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 23-33.

SOUSA, Maria Fátima de; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Saúde da Família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde? **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 711-729, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a09v19n3.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2013.

SOUZA, Éder Júnior Cruz de. **Políticas territoriais do Estado da Bahia**: regionalização e planejamento. 2008. 158 p. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Instituto de Geociências, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 11-48, jul./dez, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2013.

VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. **Prática de planejamento e implementação de Políticas de Saúde no âmbito municipal**. 2006. 129 p. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

WOLFFENBÜTTEL, Andréa**. O que é?** Superávit primário: os desafios do desenvolvimento. Brasília: IPEA, 2007. Disponível em: <http://www/ipea.gov.br/desafios/índex.php?option=com_content&view=article&id=2065:catid=28&Itemid=23>. Acesso em: 05 maio 2013.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar do estudo "A Problemática do Financiamento da Atenção Básica nos municípios no período do Pacto pela Saúde (2006-2010): o caso do Estado da Bahia", de autoria de Silvia Cypriano Vasconcellos, sob orientação do Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes.

O presente estudo tem como objetivo central analisar as bases de financiamento do SUS no campo da Atenção Básica dos municípios, evidenciando os conflitos presentes após a implantação do Pacto pela Saúde, bem como as incertezas que cerceiam seu financiamento.

Para o desenvolvimento do estudo realizaremos uma entrevista estruturada, com de duração média de 20 minutos, com os Representantes da Diretoria do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado da Bahia (COSEMS-BA) que se disponibilizarem a participar da pesquisa.

Declaro que fui esclarecido, de maneira clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, sobre os objetivos e da justificativa deste estudo. E também, fui igualmente informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outras questões relacionadas à pesquisa;

- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento e, deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo de qualquer natureza;

- da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade, sendo que após a análise dos dados, os instrumentos (fita cassete e transcrição da entrevista) ficarão sob guarda do pesquisador por cinco anos subsequentes, sendo após esse período destruído.

A pesquisadora é Silvia Cypriano Vasconcellos (fone: (11) 8154-5475; e-mail: silviacypriano@gmail.com; Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715 - São Paulo - SP - Brasil - CEP - 01246-904); estando sob orientação do Profº. Dr. Áquilas Nogueira Mendes (End: Av. Dr. Arnaldo, 715 - São Paulo - SP - Brasil - CEP - 01246-904).

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Nome do Entrevistado_____

Assinatura do Entrevistado_____ Data __/__/__

_____ _____

Áquilas Nogueira Mendes — Silvia Cypriano Vasconcellos

Orientador – Prof. Dr. da Faculdade de Saúde Pública — Pesquisadora – Estudante de Pós-Graduação (Mestrado)

APÊNDICE B – Entrevista

Caro gestor (a),

Estamos refletindo sobre o financiamento da Atenção Básica instituído com o Pacto pela Saúde, com vistas à realização de um estudo que culminará na Dissertação de Mestrado, intitulada "**A Problemática do Financiamento da Atenção Básica nos municípios no período do Pacto pela Saúde (2006-2010):** o caso do Estado da Bahia".

Considerando sua contribuição e envolvimento no SUS, gostaríamos de solicitar sua opinião sobre essa temática. Para isso estamos pedindo que você responda 7 perguntas gerais que nos auxiliarão a explicitar a discussão existente em torno dessa temática.

Desde logo agradecemos e informarmos que sua contribuição será, desde que assim desejado, mencionada na referido artigo.

Contamos com sua atenção.

Agradecemos antecipadamente.

Silvia Cypriano Vasconcellos (mestranda) e Áquilas Nogueira Mendes (orientador).

QUESTÕES SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA E SEU FINANCIAMENTO

1 – Nos últimos anos, o governo federal tem afirmado, por meio de seus documentos oficiais, que a Atenção Básica é prioritária entre os demais níveis da Assistência à Saúde. Na sua opinião, quais repercussões que essa prioridade trouxe para o desenvolvimento da política de saúde nos municípios?

2 – Segundo alguns especialistas, a prioridade da Atenção Básica iniciada com a implantação da NOB 01/96 e, mais recentemente, reforçada pelo Pacto pela Saúde – que se concretiza nos aumento dos incentivos financeiros (PAB fixo e PAB variável), via Bloco de Financiamento da Atenção Básica - estaria induzindo os municípios a reorientar suas ações e serviços sem levar em conta o planejamento local. Na sua opinião, isso está acontecendo?

3– Sobre o esquema de **financiamento da Atenção Básica**:

a) O esquema de definição dos recursos transferidos pelo governo federal (financiamento) aos municípios para o desenvolvimento de ações de serviços na Atenção Básica é adequado? Aponte as vantagens e desvantagens.

b) O esquema de definição dos recursos transferidos pelo governo estadual (financiamento) aos municípios para o desenvolvimento de ações de serviços na Atenção Básica é adequado? Aponte as vantagens e desvantagens.

c) O montante de recursos federais, em relação à participação dos recursos dos municípios, é suficiente? Por quê?

d) No seu entender, que tipo de critérios deveria levar em conta para a alocação dos recursos federais para desenvolvimento da Atenção Básica nos municípios?

e) Na sua opinião, que tipo de critérios deveria ser levado em conta para a alocação dos os recursos para desenvolvimento da Atenção Básica nos municípios? Identifique para:

- transferências federais

- transferências estaduais

4 - A partir da publicação da Portaria nº 204/ GM de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, e estabelece os blocos de financiamento do Pacto pela Saúde, ficou estabelecido pelo Ministério da saúde o impedimento da utilização de recursos entre os blocos. Na sua opinião, quais as repercussões que esta definição teve para desenvolvimento da Política de Atenção Básica nos municípios?

5- Qual a sua opinião sobre o uso dos Sistemas de Informação (SIAB, CNES) como parâmetro para a alocação ou suspensão de recursos federais e estaduais?

6 – Você teria sugestões para qualificar o financiamento da Atenção Básica?

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ¿A Problemática do Financiamento da Atenção Básica nos municípios no período do Pacto pela Saúde (2006-2010): o caso do Estado da Bahia¿.

Pesquisador: Silvia Cypriano Vasconcellos
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 01494412.6.0000.5421
Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 128.959
Data da Relatoria: 21/09/2012

Apresentação do Projeto:
O projeto está apresentado adequadamente. Conta com introdução que caracteriza as questões a serem abordadas e justifica o trabalho. Os objetivos estão claros e bem definidos e a metodologia informa adequadamente o que e como será realizado.

Objetivo da Pesquisa:
Analisar as bases de financiamento federal e estadual no campo da Atenção Básica dos municípios, evidenciando os conflitos presentes após a implantação do Pacto pela Saúde, bem como as incertezas que cerceiam seu financiamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Trata-se de estudo qualitatitivo que oferece riscos mínimos aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
A pesquisa, que será realizada na Bahia, se caracteriza com um estudo qualitativo exploratório do tipo estudo de casos. Para seu desenvolvimento serão utilizados dois universos, o primeiro será composto pelas portarias e resoluções federais e estaduais que tratam do financiamento da Atenção Básica. O segundo universo será compostos pelos representantes da Diretoria do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde do Estado da Bahia (COSEMS-BA). Comporão esse universo o representante da Diretoria Executiva (presidente e vice-presidente), os representantes na Comissão Intergestores Bipartite (titular e suplente), e os representantes da

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7742 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Comissão Intergestores Bipartite da Região metropolitana (titular e suplente). Esse atores serão entrevistados com base em perguntas qualitativas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos obrigatórios. O TCLE foi apresentado e está redigido de forma clara.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está bem apresentado, dispõe de objetivos claros e bem definidos e de metodologia adequada para que seus objetivos sejam atingidos. Por tratar-se de estudo qualitativo, onde os sujeitos envolvidos serão entrevistados, apresenta risco mínimo aos participantes. A

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 23 de Outubro de 2012

Assinador por:
Claudio Leone
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7742 **E-mail:** coep@fsp.usp.br