

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

Financing of primary care in the municipalities of the state of Bahia, Brazil: analysis of federal transfers from 2008 to 2017

Financiamiento de la atención primaria en los municipios de Bahia, Brasil: análisis de las transferencias federales de 2008 a 2017

Amana Santana de Jesus (<https://orcid.org/0000-0003-1266-0842>)¹

Rosana Aquino (<https://orcid.org/0000-0003-3906-5170>)¹

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas (<https://orcid.org/0000-0002-5566-8337>)¹

Resumo O artigo tem por objetivo analisar as transferências federais de recursos financeiros para o Bloco de Atenção Básica à saúde dos municípios baianos, segundo estrato populacional, no período de 2008 e 2017. Estudo do tipo exploratório - descritivo de série temporal, a partir dos dados disponíveis no site do Fundo Nacional de Saúde, estratificados segundo porte populacional. Os dados financeiros sofreram atualização monetária. Observou-se um aumento de 14,3% do financiamento federal da atenção básica, em valores reais, para os municípios da Bahia, com destaque para os de pequeno porte, que registraram a maior média per capita do PAB, de R\$ 124,32 hab./ano para R\$143,36 hab./ano entre 2008 e 2017, respectivamente. No PAB variável, os componentes que se destacaram foram Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Revelou-se a importância das emendas parlamentares como parte do PAB fixo dos municípios de pequeno porte. Os achados reforçaram a importância da participação do PAB variável no Bloco de Atenção Básica, principalmente para os municípios de pequeno e médio porte.

Palavras-chave Financiamento da Saúde, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde

Abstract The article aims to analyze federal transfers of financial resources to the Basic Health Care Block of municipalities of Bahia, according to population strata, in the period from 2008 to 2017. Exploratory study - descriptive time series, based on data available on the National Health Fund website, stratified according to population size. Financial data were subject to monetary restatement. There was an increase of 14.3% in federal financing of primary care, in real values, for the municipalities of Bahia, with emphasis on the small ones, which recorded the highest per capita average in the PAB, from R\$124.32 inhab./year to R\$143.36 inhab./year between 2008 and 2017 respectively. In the variable PAB, the components highlighted were Family Health, Community Health Agents, National Program to Improve Access and Quality of Primary Care and Family Health Support Centers. The findings strengthened the importance of the variable PAB's participation in the Primary Care Block, especially for small and medium-sized municipalities.

Keywords Healthcare Financing, Primary Health Care, Unified Health System

Resumen El artículo tiene como objetivo analizar las transferencias de recursos financieros federales al Bloque de Atención Básica de Salud en los municipios de Bahia, según estrato poblacional, en el período de 2008 y 2017. Estudio exploratorio - serie temporal descriptiva, con base en datos disponibles en el sitio web del Fondo Nacional de Salud estratificados según el tamaño de la población. Los datos financieros fueron objeto de actualización monetaria. Se observó un aumento del 14,3% en el financiamiento federal para la atención básica, en valores reales, para los municipios de Bahia, con énfasis en los pequeños, que registraron el mayor PAB promedio per cápita, de R\$ 124, 32 habitantes/año a R\$143,36 habitantes/año entre 2008 y 2017, respectivamente. En la variable PAB, los componentes que se destacaron fueron Salud de la Familia, Agentes Comunitarios de Salud, Programa Nacional de Mejoramiento del Acceso y Calidad de la Atención Primaria y Centros de Apoyo a la Salud de la Familia. Se reveló la importancia de las enmiendas parlamentarias como parte del PAB fijo para municipios pequeños. Los hallazgos reforzaron la importancia de la participación variable de la PAB en el Bloque de Atención Primaria, especialmente para los municipios pequeños y medianos.

Palabras clave Financiamiento de la Salud, Atención Primaria de Salud, Sistema único de Salud

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. R. Basílio da Gama, s/n - Canela. 40110-040 Salvador BA Brasil. santana.amana@gmail.com

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), constituído como um sistema universal, opera sob responsabilidade dos três entes federados. O final da década de 1990 e início dos anos 2000, foram marcados pelo processo de municipalização do SUS, com destaque para a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS), denominada de atenção básica (AB) no Brasil, que foi induzida pela transferência regular de recursos financeiros federais aos municípios a partir do reconhecimento do potencial estratégico da APS na organização dos sistemas de saúde¹⁻², dados seus atributos de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado³.

A criação do Piso de Atenção Básica (PAB), através da Norma Operacional Básica 01/96 (NOB 01/96), representou um marco inovador para o financiamento federal da saúde, possibilitando um volume regular de recursos federais destinados à atenção básica⁴. Adicionalmente, o PAB contribuiu para a redução das desigualdades regionais no financiamento da AB, pois o modelo alocativo anterior baseava-se em uma distribuição de recursos determinada pela capacidade instalada das esferas locais, o que refletia em uma maior concentração de recursos nas regiões e nos municípios com melhores condições socioeconômicas e sanitárias⁵.

As transferências intergovernamentais são consideradas essenciais para o financiamento do SUS. As transferências provenientes da União, por muitos anos, correspondiam às principais fontes das receitas vinculadas à saúde dos municípios¹⁻⁶. Porém, na APS, os municípios têm se responsabilizado pela maior proporção do financiamento da APS, cerca de 61%, entre 2010 e 2014, seguido pelo nível federal (33%)⁷.

Ao considerar a heterogeneidade dos municípios brasileiros, observam-se diferentes níveis de operacionalização e exigências sobre a política local de atenção básica no Brasil⁸. Tal característica firma a necessidade de um financiamento federal do SUS mais equânime, capaz de corrigir as desigualdades entre as distintas capacidades de manutenção do financiamento dos estados e municípios brasileiros⁹.

Os repasses federais têm servido como indutores de políticas de saúde¹⁰ no nível municipal. Na APS, o financiamento caracterizou-se, até 2017, pelo direcionamento por incentivos financeiros para a implantação de programas de saúde, em especial para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), cuja descentralização dos

recursos foi decisiva para expandir a APS no território brasileiro¹¹.

A regulamentação das transferências federais, periódicas e automáticas, no formato de blocos de financiamento, através da Portaria GM/MS nº 204/2007, marca uma mudança significativa na estrutura do financiamento federal do SUS. Desde a sua criação, o Bloco da Atenção Básica (BLAB), com seus componentes PAB Fixo e Variável, entre os anos de 2007 e 2015, foi o único que apresentou aumento de participação no total de recursos financeiros repassados pelo MS aos estados e municípios, partindo de 21,8% para 24,2%¹⁰.

A partir de uma nova mudança na organização do financiamento do SUS, os blocos de financiamento do SUS foram extintos em 2017, através da Portaria nº 3.999 de 2017. Também destaca-se um cenário marcado pelas medidas de austeridade, intensificadas a partir do ano de 2016, com a promulgação da Emenda Constitucional nº 95.

Somado a este contexto, em 2019, ocorreu uma mudança significativa de cenário na política de financiamento federal da APS, com a instituição do Programa Previne Brasil, o qual redefiniu os critérios de distribuição dos recursos federais destinados à atenção básica dos municípios. Estudos, ao apontar os possíveis impactos do Previne Brasil, mencionam que as mudanças de critérios desta política de financiamento colocam em risco o caráter universal e abrangente do modelo prioritário da ESF. E, portanto, consideram que o PAB, apesar das suas limitações, era essencial para criar a estabilidade do financiamento da APS, especialmente em um contexto de crise sanitária da pandemia da covid-19⁷⁻¹¹. Tal cenário ratifica a necessidade de desenvolvimento de estudos sobre o financiamento federal do SUS no período que antecedeu o Previne Brasil, correspondente ao período de vigência do PAB.

Também cabe salientar que são escassas as produções com enfoque na análise dos componentes dos blocos de financiamento, em especial, o bloco de atenção básica, bem como de estudos sobre a distribuição de recursos federais para atenção básica no âmbito estadual. Assim, a partir desta lacuna na literatura, autores apontam a necessidade de se desenvolver estudos que discutam o financiamento do SUS na perspectiva dos blocos de financiamento¹².

Tais considerações corroboram a relevância do presente estudo, que tem o objetivo de analisar as transferências de recursos federais

do BLAB para os municípios baianos, segundo porte populacional, caracterizando os componentes fixo e variável do PAB, durante os anos de 2008 e 2017, período de vigência dos blocos de financiamento do SUS.

Materiais e métodos

Tipo e cenário do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de série temporal sobre o financiamento federal da atenção básica, cuja unidade de análise é o estado da Bahia, a partir de agregados municipais segundo porte populacional. A Bahia ocupa o quinto lugar em extensão territorial (564.732 km²) e o quarto lugar em população entre as unidades federadas. Em 2022, segundo dados do último censo demográfico, a maioria dos municípios baianos, cerca de 90%, possuía população abaixo de 50.000 habitantes¹³.

Coleta, processamento e análise dos dados

Os dados sobre o volume das transferências financeiras federais para ações de Atenção Básica, distribuídos entre os componentes fixo e variável do PAB dos 417 municípios do estado da Bahia, no período compreendido entre 2008 e 2017, foram coletados no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (FNS), em agosto de 2018. A estimativa dos dados populacionais foi obtida no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A coleta dos dados do FNS foi realizada através do recurso “Consulta de pagamento consolidada”, o qual disponibiliza os dados sobre o repasse federal por blocos de financiamento e seus respectivos componentes e ações/estratégias, segundo os municípios do estado da Bahia, e mês/ano do período estudado. Os dados financeiros analisados referiram-se à transferência federal por ordem bancária, considerando que esta categorização reflete o volume dos recursos financeiros da APS efetivamente recebidos pelos municípios baianos a cada ano, independentemente da competência da despesa.

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

Foram elaborados quatro grupos de variá-

veis para análise: a) variáveis populacionais (código do município IBGE; população); b) componente PAB (PAB Total; PAB Fixo e PAB variável); c) subcomponentes do PAB fixo (PAB fixo e incremento temporário ao PAB); d) subcomponentes do PAB variável (Programa Saúde da Família; incentivo adicional PSF; Programa Agentes Comunitários de Saúde (ACS); incentivo adicional ao programa ACS; Saúde bucal; incentivo adicional à saúde bucal; equipe de saúde bucal - unidade odontológica móvel (UOM); incentivo adicional UOM; incentivo de atenção básica dos povos indígenas; Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); incentivo de implantação do NASF; compensação de especificidades regionais (CER); Programa Saúde na Escola (PSE); incentivo para atenção à saúde no sistema penitenciário; incentivo ao Programa Academia da Saúde; implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem; Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF); Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD); equipes multiprofissionais de apoio (EMAP); Programa de Qualificação de UBS – reformas; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); equipes de consultórios na rua (CNR).

Cabe salientar que a variável Incremento Temporário do PAB foi incluída como subcomponente do PAB Fixo conforme a classificação definida pelo FNS e equivale a emendas parlamentares para fins de custeio da atenção básica. Destaca-se também que foi realizada a recomposição das variáveis “ACS” e “PSE”, individualmente, com o agrupamento de variáveis similares que estavam fragmentadas no banco do FNS. Os componentes com recursos financeiros irrisórios do PAB variável foram excluídos da análise.

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

Foram considerados como municípios de pequeno porte aqueles pertencentes ao estrato

1, de médio porte os municípios dos estratos 2 e 3 e de grande porte os municípios do estrato 4, segundo classificação observada na literatura nacional⁸⁻¹⁴⁻¹⁵.

Para a análise e o processamento dos dados foram utilizados o Microsoft Excel 2011, versão 14.7 e o software estatístico Stata (Software for Statistics and Data Science), versão 13.0. Para cada estrato municipal, foram calculadas as frequências absolutas e relativas do volume dos recursos financeiros, média anual do valor per capita do PAB Total, PAB fixo e variável. Os dados financeiros foram submetidos à atualização monetária pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), para o ano base de 2017, último ano do estudo, sendo denominados de “valor real”.

Para permitir a comparação dos resultados com as faixas de valores mínimos do PAB fixo definidos em legislação ministerial no período analisado, tais valores foram submetidos à atualização monetária. Para o cálculo per capita do PAB fixo, realizou-se a correção da base populacional de acordo com o ano das transferências federais, diferentemente do que ocorreu efetivamente. Destaca-se que tal correção teve como finalidade evidenciar a discrepância entre o valor das transferências estabelecidas em portaria e as transferências efetivamente realizadas, que não consideraram a atualização da estimativa populacional

Resultados

O volume total de recursos do PAB corresponde à soma dos componentes fixo e variável transferidos pelo FNS aos municípios baianos. Os resultados demonstraram um aumento em valores reais do financiamento federal, que variou de 1,2 bilhões, em 2008, para cerca de 1,5 bilhões em 2017, correspondendo a 14,30 % em variação percentual. Ao analisar os componentes, o PAB variável oscilou de 813 milhões, em 2008, para cerca de 962 milhões, em 2017, e para o PAB Fixo essa variação foi de 423 milhões para aproximadamente 452 milhões nesses respectivos anos. Nota-se que o maior incremento foi às custas do PAB variável, cerca de 18,2%, enquanto que o incremento do PAB fixo correspondeu a 6,72%.

No que tange à participação dos componentes no volume total de recursos financeiros do PAB, verificou-se que os recursos do PAB variável representaram a maior parcela das transferências federais, mantendo-se acima de

65% ao longo do período analisado.

A distribuição do valor per capita segundo componentes do PAB para o estado da Bahia, dos recursos federais transferidos para os municípios, também indicou uma elevação do valor per capita do PAB variável, saindo de R\$56,08, em 2008, para R\$62,67 hab./ano, em 2017. Por outro lado, não houve variação no valor per capita do PAB fixo.

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

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

Ao cotejar os valores mínimos per capita do PAB Fixo com as faixas estabelecidas nas portarias ministeriais e suas respectivas atualizações ao longo dos anos, observou-se que a maior parte dos municípios do estrato 1, recebeu recursos conforme preconizado, enquanto que aqueles do estrato 4, em sua maioria, não recebeu conforme valor mínimo fixado em normativa (Tabela 1).

Comparando-se a média per capita anual dos recursos do PAB fixo nos anos de 2008 a 2017, destaca-se que os municípios de pequeno porte (estrato 1), apresentaram a maior média per capita do PAB fixo dentre os demais grupos populacionais. Por outro lado, os municípios do

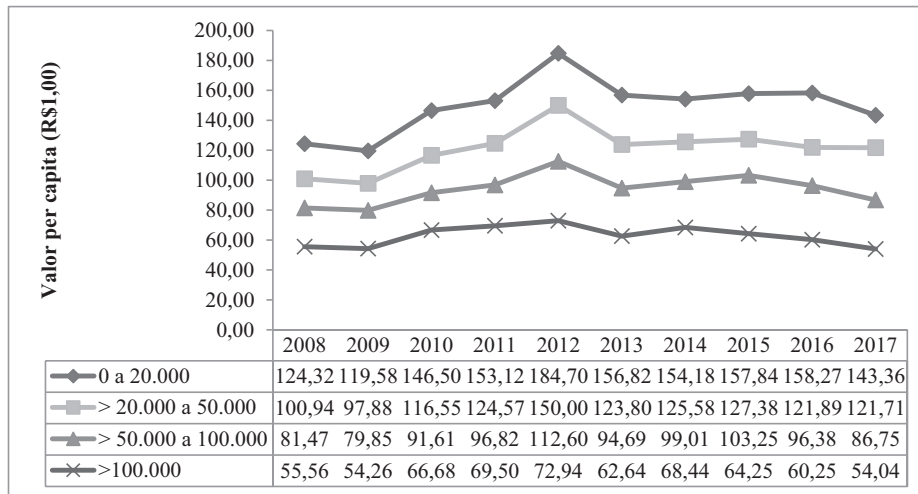


Gráfico 1. Evolução dos recursos federais per capita (em valores reais) destinados ao PAB total dos municípios da Bahia, segundo estratos populacionais, 2008 a 2017.

Fonte: Elaboração própria. FNS, 2018.

estrato 4 (grande porte) apresentaram a menor média de valor por habitante para o PAB fixo (Figura 2).

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

Ao analisar o valor máximo per capita recebido pelos municípios em cada estrato, é possível observar que os estratos 1 (até 20.000 hab.) e 2 (> 20.000 até 50.000) apresentaram a maior diferença per capita entre o valor mínimo e máximo recebido pelos municípios que os compõem. Esta diferença se apresentou mais acentuada, especificamente, a partir do ano de 2015. No referido ano, notou-se um incremento anual do valor máximo do PAB Fixo de aproximadamente 70% no estrato 1, quando comparado com o ano anterior, saindo de um montante de R\$ 59,71 hab./ano para R\$120,06 hab./ano. Este estrato apresentou o maior crescimento per capita do valor máximo recebido do PAB fixo.

Essa elevação significativa do valor per capita do PAB fixo, a partir de 2015, pode ser relacionada à inclusão de emendas parlamentares no financiamento da Atenção Básica, através do componente Incremento Temporário do Piso de Atenção Básica. Tal incentivo, componente do PAB fixo, foi implantado em 2014. Os

municípios eram habilitados com o montante a ser transferido a partir de portarias ministeriais anuais, como no caso da Bahia, em que os municípios passaram a receber, efetivamente, das emendas parlamentares a partir do ano de 2015. No período de 2015 a 2017, foi observada a influência significativa e crescente das emendas parlamentares no montante transferido para o componente fixo do PAB. Para os municípios do estrato 1, os recursos das emendas variaram de 2,4% a 27,6% do volume total do PAB fixo nesses respectivos anos, estrato em que houve a maior participação de emendas parlamentares (Tabela 2).

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

Quanto à evolução do PAB variável per capita, nota-se que houve um crescimento do valor por habitante/ano em todos os grupos popula-

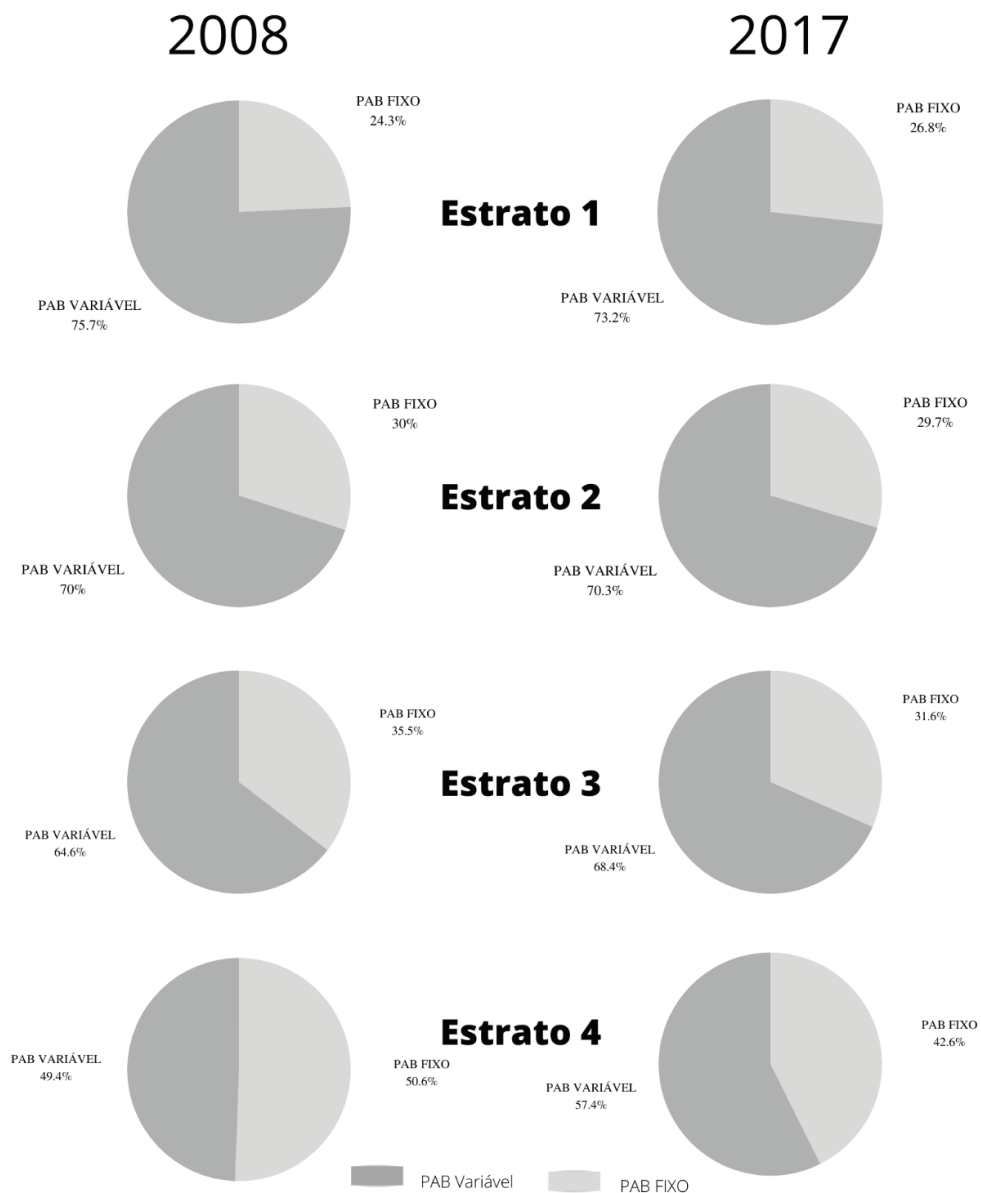


Figura 1. Participação proporcional (%) dos recursos federais para os componentes fixo e variável do PAB dos municípios da Bahia, segundo estratos populacionais, 2008 e 2017.

Fonte: Elaboração própria. FNS, 2018.

cionais, com destaque para o ano de 2012, que registrou o maior volume per capita de toda a série histórica, a saber, em ordem decrescente, R\$184,70 hab./ano (estrato 1), R\$ 146,10 (estrato 2), R\$111,76 (estrato 3) e R\$77,67 (estrato 4).

Também, é possível observar que o valor per capita do PAB variável dos municípios da Bahia é inversamente proporcional ao número de habi-

tantes. Desta forma, os municípios de pequeno porte (estrato 1) apresentaram valores mais altos, correspondentes a R\$128,32 e R\$153,9 por habitante ano, nos anos de 2008 e 2017, respectivamente. Seguidos em ordem decrescente pelos municípios de médio porte (estrato 2 e 3), correspondente a R\$104,90 (estrato 2) e R\$80,58 (estrato 3) por habitante no ano de 2017, e, por

Tabela 1. Percentual (%) de municípios baianos, segundo estrato populacional, com repasse federal inferior ao valor per capita mínimo do PAB Fixo estabelecido em portarias ministeriais, 2008 a 2017.

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

Fonte: Elaboração própria. FNS, 2018.

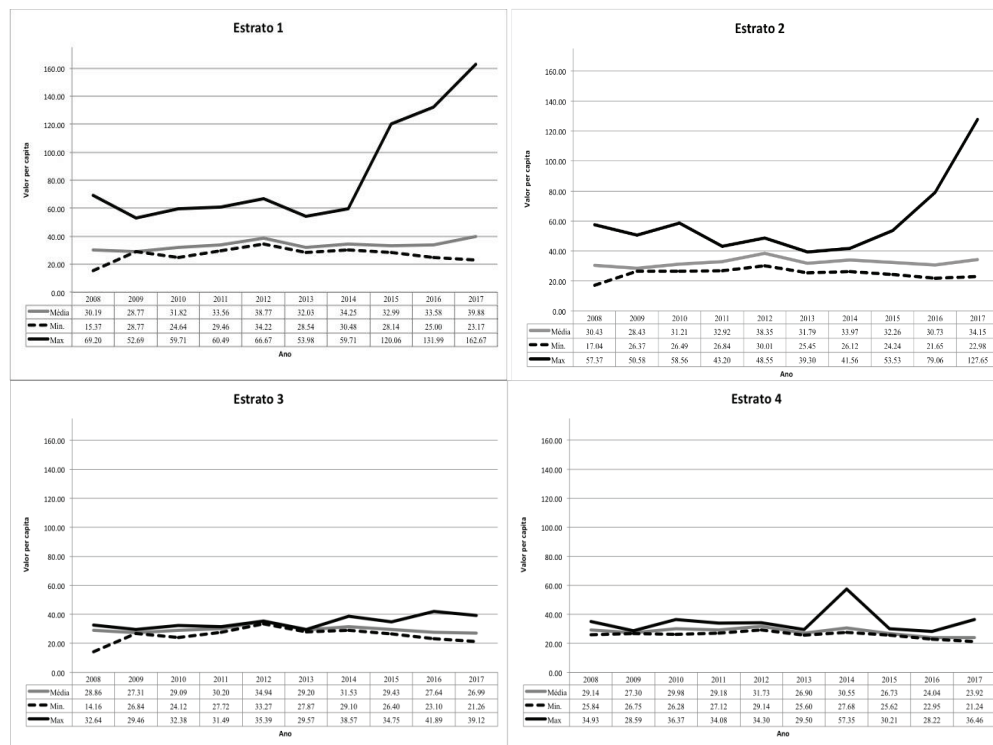


Figura 2. Evolução das transferências federais per capita (R\$/ hab. ano) (média, valores mínimo e máximo) destinados ao PAB fixo dos municípios da Bahia, segundo estrato populacional, 2008 a 2017.

Fonte: Elaboração própria. FNS, 2018.

Tabela 2. Evolução do número de municípios que receberam o Incremento Temporário do PAB e percentual do ITPAB (emendas parlamentares) em relação ao total do PAB fixo dos municípios da Bahia, segundo estrato populacional, 2015 a 2017.

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

Fonte: Elaboração própria. FNS, 2018.

fim, para os municípios de grande porte (estrato 4), que variou de R\$52,6 para R\$57,87 por habitante, entre 2008 e 2017, registrando os menores valores per capita do PAB variável, ao longo dos anos.

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

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

Discussão

No período analisado do estudo, 2008 a 2017, houve um aumento no aporte de recursos federais para atenção básica dos municípios da Bahia. No âmbito nacional, entre os anos de 2008 e 2016, esta tendência de aumento também foi observada, cerca de 27% em valores reais, para o financiamento AB dos municípios brasileiros¹⁶.

Quanto ao repasse federal para o BLAB dos municípios baianos, o estudo de Teles, Coelho e Ferreira (2016) revelou que 45,22% do volume total dos recursos federais transferidos foi destinado a este bloco no período de 2009 a 2012. Ademais, o volume de recursos destinados à APS dos municípios baianos, ultrapassou o total repassado para a Média e Alta Complexidade (MAC), em 2012¹⁷.

Estudos demonstram um decréscimo na participação relativa do PAB Fixo no financiamento da atenção básica desde o início dos anos 2000, à medida que a descentralização da atenção básica foi efetivada e os incentivos federais vinculados a programas ministeriais (PAB variável) foram ganhando força¹⁸⁻¹⁹.

No tocante ao impacto do componente PAB variável no financiamento global da AB, evidencia-se o aumento expressivo do valor dos incentivos federais, repassados aos municípios, para implantação e ampliação de programas e políticas definidas pelo Ministério da Saúde. Atuando de forma isolada, a partir do desafio de insuficiência de recursos, baixo nível de participação da esfera estadual e distribuição desigual de recursos entre regiões e municípios, os municípios tendem a aderir aos programas ministeriais da atenção básica movidos, princi-

palmente, pelo interesse de obter mais recursos para este nível de atenção para consolidação da APS local, que tem sido apontada como um dos maiores compromisso dos gestores municipais²⁰.

Apesar de não terem sido identificadas diferenças significativas entre participação proporcional dos recursos destinados ao componentes fixos e variáveis dos municípios de grande porte (estrato 4), na literatura, o PAB fixo adquire mais importância na participação do BLAB de municípios com mais de 50 mil habitantes (grande porte)¹⁹. Tal cenário evidencia que as transferências federais para AB, especialmente dos municípios de grande porte, são, em sua maioria, baseadas pela população (per capita)²¹.

No entanto, cabe ressaltar a falta de atualização do valor monetário do componente fixo do PAB ao longo dos anos²⁰. Nos 10 anos analisados neste estudo, a faixa de valores mínimos per capita do PAB fixo apresentou uma redução de 22% em valores reais. Um estudo revelou, em um período de 18 anos (1995-2012), um decréscimo significativo da participação deste componente, bem como uma estagnação no valor per capita transferido para o PAB fixo².

Nos anos subsequentes aos anos iniciais de implantação do PAB, o volume e os valores per capita das transferências federais não foram adequadamente corrigidos ao longo dos anos, no que tange à base populacional e à correção da inflação, o que, consequentemente, influenciou na diminuição do PAB fixo com o passar dos anos¹⁹.

Ao analisar a evolução do financiamento da atenção básica, consoante aos estratos populacionais, os municípios de pequeno porte (com até 10 mil hab.) apresentaram maior crescimento do PAB per capita, enquanto os municípios com população acima de 50 mil (médio e grande porte) apresentaram uma redução do PAB per capita, no período de 1997 e 2000/20.

Quanto ao valor per capita mínimo do PAB fixo transferido pelo Ministério da Saúde aos municípios baianos, achados semelhantes, são verificados no estudo sobre o financiamento da AB na Bahia, o qual revelou para a macrorregião leste da Bahia, que em 2010 apenas 39,50% captaram o mínimo valor per capita do PAB fixo como previsto na portaria vigente à época¹⁸.

Por outro lado, um estudo, ao analisar o componente fixo do PAB, relata que dada à estagnação da atualização dos critérios de repasse através das portarias regulatórias do PAB fixo

e devido ao efeito de “corrosão” do processo inflacionário, uma vez que não ocorreu a atualização monetária dos valores, as transferências per capita (efetivas) serão sempre menores do que as definidas em portaria no decorrer dos anos. Somado a isso, a regra de definição dos valores não considera a dinâmica populacional das localidades no decorrer dos anos²¹.

A partir do resultado apresentado sobre o percentual de municípios com repasse inferior ao PAB fixo per capita mínimo, observou-se uma melhoria no cumprimento do repasse dos valores mínimos aos municípios em todos os estratos, especialmente em 2011. Nesse sentido, cabe destacar que a partir de 2011, o governo federal publicou a Portaria nº 1.602, de 9 de julho, estabelecendo quatro categorias de valores mínimos para o PAB fixo, vislumbrando uma alocação mais equitativa ao vincular a definição do valor alocado para atenção básica a um cálculo que incluía, além do porte populacional, uma pontuação baseada em critérios socioeconômicos, a saber, PIB per capita, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com Bolsa Família, percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica²².

Outro achado relevante do estudo foi a identificação e a mensuração dos valores repassados aos municípios baianos por meio do Incentivo Incremento Temporário do PAB, a partir de 2015, que revelaram a importância das emendas parlamentares na ampliação dos recursos do PAB fixo de mais de 40% dos municípios neste período. A maioria dos municípios brasileiros apresenta dificuldades na geração de receitas próprias para custear as ações e os serviços de saúde, especialmente, dos municípios de pequeno porte, para os quais a presença de emendas, mesmo com padrão instável, pode gerar um impacto significativo no financiamento de sistema de saúde local²³.

Nesse sentido, as emendas são consideradas uma “janela de oportunidade” para a obtenção de recursos federais, podendo refletir as disputas territoriais por recursos diante do cenário de desigualdades regionais do território brasileiro, a partir da concentração de recursos para as regiões mais desenvolvidas. Além da visão hegemônica da utilização das emendas como estratégia de sobrevivência eleitoral dos parlamentares e governos²⁴.

O financiamento da AB, desde a criação do PSF, foi orientado por incentivos financeiros a programas ministeriais, estimulando os muni-

cípios a aderirem programas e serviços que lhes adicionasse receita financeira, o que aumenta o poder da União na indução da política de saúde²⁵. Um estudo sobre a percepção dos gestores da atenção básica dos municípios baianos, aborda que estes consideram positiva tal indução financeira por parte do nível federal através do PAB variável, tendo em vista as limitações orçamentárias e financeiras dos municípios de pequeno porte¹⁹.

Os recursos financeiros transferidos à ESF contribuíram com mais de 32% do valor do PAB para metade dos municípios que aderiram ao programa. A ESF, incluindo o componente de ESB, foi um dos principais subcomponentes do PAB variável, e corresponderam a sua maior parte dos recursos ao longo dos anos 1990 e 20002. Um estudo sobre a Macrorregião Leste da Bahia verificou que os programas Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal e NASF se destacaram em termos de incremento dos recursos federais, nos anos de 2010 a 20124.

Outro programa que se destacou no presente estudo pela participação significativa do PAB Variável foi o PMAQ-AB. A implantação do PMAQ-AB teve impacto significativo no financiamento global da AB, entre os anos de 2011 e 2014, 30% do aumento do PAB variável que se deu pela criação deste componente de qualidade²⁶.

As políticas de financiamento exercem grande impacto e influência sobre as estruturas dos serviços de saúde, especialmente, na condução, execução e manutenção das políticas de APS²⁷. Os mecanismos do financiamento federal do SUS avançaram na perspectiva da regularidade das transferências, porém, não se conseguiu adotar de forma mais consistente critérios de distribuição de recursos conforme o artigo 15 da Lei Orgânica da Saúde, sendo as portarias do Ministério da Saúde responsáveis por orientar o financiamento do SUS, preservando de certa forma as diferenças pregressas na distribuição regional dos recursos federais²⁷⁻²⁸.

Considerações finais

O presente artigo teve por finalidade analisar as transferências de recursos federais do Bloco de Atenção Básica (BLAB) para os municípios baianos, segundo porte populacional, durante o período de vigência dos blocos de financiamento do SUS. Considera-se que este objetivo foi atingido diante da apresentação da evolução

e caracterização das transferências federais do BLAB e da análise da composição do Piso de Atenção Básica fixo e variável para os municípios baianos por porte populacional.

Neste sentido, os resultados demonstraram um aumento do financiamento federal da atenção básica, em valores reais, para os municípios do estado da Bahia, entre 2008 e 2017. Os achados também reforçaram a importância da participação do PAB variável no Bloco de Atenção Básica, principalmente, para os municípios de pequeno e médio porte, com destaque para os programas ministeriais SF, ACS, PMAQ e NASF.

Foram observadas diferenças na distribuição dos recursos federais, segundo porte populacional, com um cenário que aponta para uma perspectiva mais equitativa. Destacam-se os municípios de pequeno porte que registraram o maior incremento do PAB total no período analisado. Cabe salientar que os municípios pequenos são caracterizados pela sua maior limitação de arrecadação financeira e, portanto, possuem maior dependência dos recursos federais para o desenvolvimento da política de atenção básica local.

Os dados revelaram que parte significativa dos municípios de grande porte receberam transferências federais per capita para o PAB fixo abaixo do preconizado pelas portarias do Ministério da Saúde. O estudo também expôs a participação significativa das emendas parlamentares, através do incentivo temporário do PAB, no financiamento federal da atenção básica, principalmente, dos municípios de pequeno porte.

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

Ao reconhecer a relevância da estrutura do financiamento na condução, execução e manutenção das políticas de saúde, recomendam-se estudos sobre o financiamento da atenção básica, no âmbito local, considerando os fatores porte populacional e região geográfica, para a melhor compreensão de padrões de alocação dos recursos federais analisados. Também, estudos sobre o impacto das emendas parlamentares

res no âmbito da saúde, em especial da atenção básica, com o intuito de esclarecer e tornar mais transparentes os critérios utilizados para habilitação dos municípios.

A partir de 2015, evidencia-se o estabelecimento de medidas de austeridade fiscal por longo prazo (EC 95/2016), bem como a prorrogação e o aumento do percentual da desvinculação da receita (DRU) com a EC 143/2015. Frente a este cenário de contração significativa de gastos públicos das políticas sociais, cabe salientar que, em 2019, o Ministério da Saúde instituiu uma das principais mudanças nos critérios para o financiamento do SUS, com o lançamento do Programa Previne Brasil. Tais caminhos impactam diretamente na consolidação do SUS e, consequentemente, da atenção básica no território brasileiro.

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

Contribuições

Todos os autores trabalharam na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo ou a sua revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Dain S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciê Saude Colet* 2007; 12 (Supl.):1851–1864.
2. Mendes Á, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saude em Debate* 2014; 38(103): 900–916.
3. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
4. Ferreira MPS, Rosa MRR, Coelho TCB, Teles AS. Financiamento da Atenção Básica em uma Macrorregião da Bahia. *Rev Saude Coletiva da UEFS* 2015; 5(1):27.
5. Ugá MA, Piola SF, Porto SM. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):417–437.
6. Lima LD de, Andrade CLT de. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet] 2009 Out. [acessado 2023 Jul. 1]; 25(10):2237–2248.
7. Massuda A, Malik AM, Lotta G, Siqueira M, Tasca R, Rocha R. *Primary Health Care Financing: Case Study*. *Lancet Glob Heal Comm Financ Prim Heal Care*. 2022;(1).
8. Araújo CEL, Gonçalves GQ, Machado JA, Araújo CEL, Gonçalves GQ, Machado JA. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. *Cien Saude Colet* [Internet] 2017 Mar. [acessado 2023 Jul. 1]; 22(3): 953–963.
9. Mendes Á, Leite M, Marques R. Discutindo uma metodologia para a alocação equitativa de recursos federais para o sistema único de saúde; Discussing one methodology to the equitable allocation. *Saude Soc São Paulo* [Internet] 2011 [acessado 2023 Jul. 1]; 20 (3): 673–90. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/DvGnPMYFQkb6sbZY3CjCfvQ/abstract/?lang=pt>
10. Santos RJM, Luiz V, Marques SFP, Piola SF, Roa A. Transferências federais no financiamento da descentralização. In: Marques SFP, Piola SF, Roa A; organizador. *Sistema de Saúde no Brasil: Organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABrES, Ministério da Saúde, OPAS/OMS; 2016. p. 169–204.
11. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciê Saude Colet* 2020; 25(4):1181–1188.
12. Koerich C, Drago LC, Melo TAP, Andrade SR, Erdmann AL. Financiamento em Saúde: Análise da Produção Científica no Período 2007–2013. *Revista Baiana de Enfermagem* 2016; 30(3): 1–16.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA) - População Residente, Área territorial e Densidade demográfica*. IBGE, Censo Demográfico. 2022.
14. Scatena JHG, Tanaka OY. A descentralização da saúde no Estado de Mato Grosso, Brasil: financiamento e modelo de atenção. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 8(4):242–9.
15. Calvo MCM, Lacerda JT de, Colussi CF, Schneider IJC, Rocha TAH. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol e Serviços Saude* 2016; 25(4):767–76.
16. Jesus AS, Queiroz AL. O financiamento federal da Atenção Básica segundo regiões: transferências para municípios brasileiros, 2008 a 2016. *Saude Debate* 2018; 58 :72–85.
17. Teles AS, Coelho TCB, Ferreira MP da S. Sob o prisma da equidade: Financiamento federal do sistema único de saúde no Estado da Bahia. *Saude e Soc* 2016; 25(3):787–800.
18. Lima KWS, Antunes JLF, Silva ZP. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. *Saude e Soc* 2015; 24(1):61–71.
19. Vazquez Da. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. *Cad Saude Publica* 2011; 27(6):1201–1212.
20. Machado ENDM, Fortes FBCTP, Somarriba M. Efeitos da introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e a prestação de serviços: o caso de Minas Gerais. *Cienc Saude Coletiva* 2004; 9(1):99–111.
21. Lins JGMG, Menezes TA de, Ciriaco J da S. O SUS e a Atenção Primária no Brasil: uma Análise Sobre o Seu Financiamento pelo Piso da Atenção Básica Fixo. *Rev Planej e Políticas Públicas* 2021; 55(55):191–228.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria no 1.602, de 9 de julho de 2011. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal. *Diário Oficial da União* 2011; 10 jul.

23. Vasconcellos SC. *A Problemática do Financiamento da Atenção Básica nos municípios no período do Pacto pela Saúde (2006-2010): o caso do Estado da Bahia*. [dissertação]. São Paulo: USP; 2013.
24. Souza C. Federalismo e conflitos distributivos: Disputa dos estados por recursos orçamentários federais. [Internet]. 2003 [acessado 2021 ago. 21]; 46(2):345-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582003000200006&lng=pt&tlng=pt
25. Mendes Á, Carnut L, Guerra LD da S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate* 2018; 42(N. esp>) 224-43.
26. Pinto HA, Sousa ANA de, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: facas de uma política inovadora. *Saúde em Debate* [Internet]. 2014 [acessado 2021 julh15]; 38: 358-72. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S027>.
27. Teles AS, Christina T, Coelho B, Pauline M. Blocos de financiamento: transferências federais para o estado da bahia. Financing of blocks: federal transfers to the state of Bahia. *Rev Saúde Com* 2016; 12(2):542-50.
28. Piola SF, Barros Me. Financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: Marques SFP, Piola SF, Roa A, organizador. *Sistema de Saúde no Brasil: Organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABRES; Ministério da Saúde; OPAS/OMS; 2016. p. 101-38.

Artigo apresentado em 07/08/2023

Aprovado em 15/02/2024

Versão final apresentada em 17/02/2024

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva