

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE E ECONOMIA  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ATUARIAIS**

**VALESKA DE SOUZA ALMEIDA**

**O PACTO PELA SAÚDE E O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA:  
ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE MUNICÍPIOS DO CENTRO-OESTE**

**BRASÍLIA-DF  
2015**

VALESKA DE SOUZA ALMEIDA

**O PACTO PELA SAÚDE E O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA:  
ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE MUNICÍPIOS DO CENTRO-OESTE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Contábeis.

**Linha de Pesquisa:**  
Orçamento Público.

**Orientadora:**  
Profa. Dra. Mariana Guerra.

**BRASÍLIA-DF**  
**2015**

ALMEIDA, Valeska de Souza.

O Pacto pela Saúde e o financiamento da Atenção Básica: análise comparativa entre municípios do Centro-Oeste. / Valeska de Souza Almeida – Brasília, 2015.

48 f.

Orientadora: Mariana Guerra.

Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia – Graduação) – Universidade de Brasília, 2015/2.

1. Introdução. 2. Referencial Teórico. 3. Metodologia. 4. Análise dos Resultados. 5. Conclusão.

I. Pacto pela Saúde. II. SUS. III. Transferências. IV. Atenção Básica. V. Despesa municipal com saúde.

VALESKA DE SOUZA ALMEIDA

**O PACTO PELA SAÚDE E O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA:  
ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE MUNICÍPIOS DO CENTRO-OESTE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da Faculdade de Administração, Ciências Contábeis e Economia da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Contábeis.

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Mariana Guerra.  
Universidade de Brasília (UnB) – Orientadora.

---

Prof. Rodrigo de Souza Gonçalves  
Universidade de Brasília (UnB) – Examinador.

Brasília, novembro de 2015.

## **AGRADECIMENTOS**

O meu maior agradecimento vai para Deus. Tudo o que sou e conquistei até aqui foi graças a Ele, que sempre olha por mim e abençoa a minha vida em todos os sentidos. Toda honra e toda glória são para Ti, Senhor. Em segundo lugar, gostaria de agradecer aos meus pais que sempre me apoiaram e estiveram ao meu lado quando mais precisei. Mãe, tudo isso é por você. Meu exemplo, minha força, meu alicerce, minha inspiração são a senhora. Muito obrigada por me incentivar e enfrentar essa batalha junto comigo. Um futuro lindo e próspero nos espera. Alan, muito obrigada por seu incentivo, apoio, companheirismo e amor, além de sua enorme paciência durante essa época tensa de elaboração do TCC. Como eu sempre digo, você é fera. Aos meus queridos amigos e grandes presentes da UnB, meus biscoitos, vocês são demais. Obrigada por compartilharem comigo as penúrias deste trabalho nada fácil e que a nossa amizade permaneça além da faculdade. Às minhas irmãs, familiares e amigos que, torceram para que tudo desse certo, muito obrigada. E à minha excepcional orientadora, muitíssimo obrigada, sem você este trabalho não sairia. Prof, você é uma excelente profissional e ótima orientadora. Enfim, consegui. Foi um trabalho desafiador, com o qual adquiri conhecimento e experiências únicas que vou levar para a minha vida profissional. Agora, que venha a formatura.

## RESUMO

O objetivo do trabalho foi avaliar o efeito do Pacto pela Saúde (PS) de 2006 nas transferências fundo a fundo para o bloco de financiamento da Atenção Básica em trinta municípios do Centro-Oeste. Para tanto, foi definido um corte temporal considerando os três anos anteriores ao PS (2003, 2004 e 2005) e os três anos mais recentes (2012, 2013 e 2014). A pesquisa utilizou dados coletados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, Fundo Nacional da Saúde e Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Os resultados expressaram, para a maioria da amostra, crescimento tanto da despesa total empenhada com saúde por município, quanto dos repasses transferidos pela União na transição entre os períodos pré e pós PS. Por fim, conclui-se que o PS apresentou efeitos positivos sobre os municípios analisados, conferindo-lhe, portanto, efetividade.

**Palavras-chave:** Pacto pela Saúde. SUS. Transferências. Atenção Básica. Orçamento.

## **ABSTRACT**

The objective was to evaluate the effect of the Pact for Health (PH) 2006 the fund transfers the fund for the Primary Care funding block in thirty cities in the Midwest. To that end, it sets a temporary court considering the three years preceding the PH (2003, 2004 and 2005) and the three most recent years (2012, 2013 and 2014). The research used data collected from SIOPS, National Health Fund and the Health System Development Index. The results expressed, for most of the sample, growth of both total expenditure committed to health by municipality, as the transfers transferred by the Union transition between the pre and post PH periods. Finally, it was concluded that PH showed positive effects on the municipalities analyzed, giving it therefore effectiveness.

**Key-words:** Pact for Health. SUS. Transfers. Primary Care. Budget.

## SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS .....	8
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	9
1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Contextualização .....	11
1.2 Problema de Pesquisa.....	12
1.3 Objetivo geral e específicos .....	12
1.3.1 Objetivo geral .....	12
1.3.2 Objetivos específicos.....	12
1.4 Justificativa.....	12
1.5 Estrutura do trabalho .....	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO .....	14
2.1 SUS e os blocos de financiamento da saúde .....	14
2.2 Atenção Básica .....	16
2.3 Pacto pela Saúde .....	18
2.4 Estudos anteriores.....	19
3. METODOLOGIA .....	24
3.1 Procedimentos Metodológicos .....	24
3.2 Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde – IDSUS .....	25
3.3 Limitações .....	25
4. ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	27
4.1 Análise horizontal das despesas e dos repasses fundo a fundo.....	28
4.2 Análise por grupo de município .....	33
5. CONCLUSÃO.....	37
APÊNDICE .....	46



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Comparação entre a evolução percentual da despesa e a evolução do repasse .....	34
Figura 2 – Comparação entre o percentual de transferência total do SUS e transferência para o bloco de AB .....	36
Gráfico 1 - Evolução dos Repasses do FNS ao BF AB do Município de Colniza (MT).....	35
Tabela 1 – IDSUS em municípios do CO .....	27
Tabela 2 – Análise horizontal da despesa total empenhada com saúde.....	29
Tabela 3 – Análise horizontal do repasse fundo a fundo para o bloco da atenção básica .....	32
Tabela A 1 – Despesa total empenhada – valores corrigidos pelo IPCA.....	46
Tabela A 2 – Repasse ao bloco da Atenção Básica – valores corrigidos pelo IPCA .....	47

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

AP – Atenção Primária

BF – Bloco de Financiamento

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Desp. – Despesa

DF – Distrito Federal

ESF – Equipe de Saúde da Família

FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FNS – Fundo Nacional da Saúde

G1 – Grupo 1

G2 – Grupo 2

G3 – Grupo 3

G4 – Grupo 4

G5 – Grupo 5

G6 – Grupo 6

GO – Goiás

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDSUS – Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica

IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MAC – Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

MS – Mato Grosso do Sul

MT – Mato Grosso

N. – Número

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PAB F – Piso da Atenção Básica Fixo

PAB V - Piso da Atenção Básica Variável

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PS – Pacto pela Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCG – Termo de Compromisso de Gestão

Transf. – Transferências

UBASF – Unidades Básicas de Saúde da Família

UBS – Unidades Básica de Saúde

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1 Contextualização**

No Brasil, parte do orçamento destinado à saúde pública é gasta pela União por meio de repasses feitos pela modalidade fundo a fundo a estados e municípios, a fim de complementar os recursos locais a serem aplicados nessa área (SIMÃO; ALBUQUERQUE; ERDMANN, 2007). Entretanto, para que haja uma boa governança, o financiamento deverá suprir suficientemente as carências de saúde do município (SILVA, 2011). A partir dessa prática, tem-se a valorização da política descentralizada, visto que os governos locais têm maior discricionariedade para alocar os recursos, identificando as reais e principais necessidades da população (FADEL, 2009; LIMA, 2012).

Em 2006, foi lançado o Pacto pela Saúde (PS), o qual, entre outros objetivos, buscava alcançar o fortalecimento da Atenção Básica (SIMÃO; ALBUQUERQUE; ERDMANN, 2007). Suas três diretrizes são: pacto pela vida, pacto em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e pacto de gestão. Com diversos objetivos traçados, a primeira diretriz busca, entre outros, o fortalecimento da Atenção Básica; a segunda busca a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 de 2000 (BRASIL, 2000); e, a terceira estabelece as diretrizes de financiamento e visa nortear a alocação dos recursos financeiros para a saúde (BRASIL, 2006a). Com a implementação do PS, os recursos repassados deixaram de ser atrelados a programas específicos e passaram a ser transferidos a blocos de financiamento (MENDES; MARQUES, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde, a Atenção Básica, como o próprio nome diz, se caracteriza como a etapa mais básica da promoção da saúde, a qual abrange ações de prevenção, atendimento, tratamento de doenças, etc. (ARANTES et al., 2011). Além disso, mais investimento na Atenção Básica acarreta em menos gasto nos níveis mais complexos, pois impede que casos simples se agravem (HADDAD et al., 2008). Para Silva (2011), o nível da Atenção Básica deve servir como facilitador e ordenador do acesso aos demais níveis de saúde pela população.

Nesse sentido, este estudo buscou analisar a execução orçamentária da despesa com saúde em conjunto com os repasses realizados pela União ao bloco de financiamento da Atenção Básica de cada município da amostra selecionada na pesquisa. Além disso, analisou-se o efeito do Pacto pela saúde nesse bloco.

No presente trabalho, foi feito um corte temporal pré e pós Pacto, analisando os anos de 2003 a 2005 e de 2012 a 2014. A amostra selecionada foi de municípios similares quanto ao desempenho dos serviços públicos de saúde, localizados no Centro-Oeste. O critério de escolha da região se deu de forma intencional e dos municípios se deu com base no Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) de 2010.

## **1.2 Problema de Pesquisa**

Sugere-se como problema de pesquisa a seguinte questão: mais recursos distribuídos resultam em melhores serviços de saúde? Esses serviços são avaliados de acordo com os indicadores do IDSUS. Logo, busca-se analisar se há relação positiva entre o aumento de recursos e a prestação de melhores serviços.

## **1.3 Objetivo geral e específicos**

### **1.3.1 *Objetivo geral***

Avaliar o impacto do Pacto da Saúde no bloco de financiamento da Atenção Básica de municípios do Centro-Oeste.

### **1.3.2 *Objetivos específicos***

- (a) Comparar a despesa empenhada de saúde com os repasses da União para o bloco de financiamento da Atenção Básica (BF AB) nos anos de 2003 a 2005 e 2012 a 2014.
- (b) Identificar o efeito do PS no BF AB para os municípios analisados.
- (c) Comparar os resultados entre os municípios.

## **1.4 Justificativa**

O PS propiciou o crescimento e desenvolvimento do SUS em âmbito nacional, tendo em vista a diretriz e princípio desse sistema, a regionalização e descentralização (ASSIS et al., 2009). Portanto, é importante avaliar tais objetivos e princípios em números reais, e verificar se o Pacto pela saúde trouxe avanços reais para a saúde pública depois de quase dez anos de publicação. Além disso, sendo a saúde uma das áreas mais relevantes e carentes do país, é importante analisar a execução do orçamento público na produção de informações sobre a distribuição dos recursos como forma de repasse ao bloco de financiamento da Atenção

Básica ao longo do tempo. Ou seja, é importante identificar quanto do orçamento federal é destinado para o financiamento da Atenção Básica nos municípios, já que a União é responsável pela maior parcela de recursos gastos com saúde (MENDES; MARQUES, 2014).

O problema de pesquisa se faz relevante por se tratar da destinação eficaz de recursos públicos, sendo assim, tema pertinente a toda população. Um aspecto a ser observado é o fato de que não adianta se comprovar o aumento de recursos transferidos aos municípios se tais recursos não são destinados a sanar as necessidades prioritárias quanto à saúde pública de cada localidade. Este estudo avança no sentido de atestar a autenticidade do PS, analisando, além dos repasses, a aplicabilidade dos recursos pelos resultados no IDSUS.

## **1.5 Estrutura do trabalho**

Este trabalho está estruturado em quatro seções, além desta introdução. A seção 2 consiste na apresentação do referencial teórico, abordando os principais temas do estudo: SUS e BF, AB e PS. A seção 3 se refere à metodologia desenvolvida para coleta de dados. Em seguida, a seção 4 trata da explanação e análise dos resultados e, finalmente, a seção 5 apresenta a conclusão do trabalho, seguida das referências.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 SUS e os blocos de financiamento da saúde**

O sistema de saúde brasileiro é constituído por três setores: público, privado e saúde suplementar. O setor público é financiado pelo governo em todas as suas esferas, o setor privado pode ser financiado por recursos públicos e privados e o setor de saúde suplementar compreende os planos privados de saúde e subsídios fiscais (BARBOSA, 2013). A uniformização do sistema público de saúde se deu após a instituição do SUS pela Constituição Federal de 1988 (SILVA, 2011).

O setor de saúde é organizado pelo SUS, o qual, além de instituir a universalidade da assistência pública à saúde – antes, com o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica), a assistência pública era restrita aos trabalhadores da economia formal –, tem como fundamento a descentralização da gestão (SIMÃO, 2013). Dessa forma, a esfera federal transfere os recursos para os estados e municípios, propiciando-lhes maior autonomia na definição de estratégias e na gestão de recursos (PAIM et al., 2011).

O SUS é de responsabilidade das três esferas do governo. Ou seja, o financiamento de todas e quaisquer ações e serviços de saúde cabe à União, aos estados e aos municípios (representados pelo ministro e respectivos secretários) (BARBOSA, 2013; ARANTES et al., 2007). Este princípio está contido na Portaria nº 698, de 30 de março de 2006, em seu artigo primeiro (BRASIL, 2006b).

O SUS tem como um de seus desafios a dificuldade de acesso. A dificuldade de acesso ocorre pela má distribuição de recursos, ações e serviços de saúde nos estados e municípios (BARBOSA, 2013). Além disso, o governo incentiva a população a aderir aos planos de saúde privados por meio de benefícios fiscais, assim, reduz-se os gastos públicos com saúde pela menor demanda por esses serviços (BARBOSA, 2013). Segundo Silva (2011), a baixa participação do SUS no Produto Interno Bruto (PIB) reflete a falta de recursos para atender às necessidades da população.

A Portaria nº 204, de 2007, regulamenta o financiamento dos serviços de saúde por meio de blocos de financiamento e trata do controle e monitoramento desse mecanismo (BRASIL, 2007a). A princípio foram constituídos cinco blocos: Atenção Básica (recursos destinados a ações de assistência básica da população e programas específicos), Atenção de Média e Alta Complexidade (recursos destinados a procedimentos ambulatoriais e hospitalares mais sofisticados), Vigilância em Saúde (recursos destinados à vigilância,

controle e prevenção de doenças), Assistência Farmacêutica (recursos destinados à aquisição de medicamentos) e Gestão do SUS (recursos destinados à qualificação e à implantação de ações e serviços de saúde). O sexto bloco foi inserido posteriormente, por meio da Portaria nº 837, de 2009 (BRASIL, 2009), que se refere aos Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (recursos através de fundo destinados a investimentos adicionais, utilizados somente para as despesas de capital) (LIMA, 2012). Exceto esta, todas as demais categorias são de caráter automático e regular (BRASIL, 2007a).

O bloco de financiamento da Atenção Básica será descrito no subitem seguinte de forma mais detalhada, por ser objeto de estudo deste trabalho. O bloco da Atenção de Média e Alta complexidade Ambulatorial e Hospitalar é formado por dois componentes: Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), que se destina ao financiamento das ações dessa natureza transferido mensalmente, e Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), que se destina ao financiamento de ações específicas, descritas no artigo 16 da Portaria nº 204, de 2007 (BRASIL, 2007a).

O bloco Vigilância em Saúde divide-se em dois componentes: Componente de Vigilância em Saúde, que financia ações de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, e Componente de Vigilância Sanitária, que financia ações dessa natureza. Similar ao que ocorre no bloco da Atenção Básica, cada componente do bloco Vigilância em Saúde é subdividido em duas categorias: Piso Fixo e Piso Variável (BRASIL, 2007a).

O bloco Assistência Farmacêutica é composto por três componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica, que financia a aquisição de medicamentos; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, que financia, principalmente, o controle de endemias; e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, que financia a aquisição de medicamentos específicos para as doenças listadas nessa categoria (BRASIL, 2007a). Cumpre destacar que Vieira e Zucchi (2013) fizeram um estudo sobre o financiamento da Assistência Farmacêutica, no período de 2005 a 2009, e identificaram aumento de recursos despendidos com a aquisição de medicamentos no SUS. Essa ampliação do financiamento ocorreu tanto nos repasses federais transferidos, quanto nos recursos próprios aplicados dos estados, Distrito Federal e municípios.

O bloco da Gestão do SUS é formado por dois componentes. O primeiro é o Componente para a Qualificação da Gestão do SUS, que se destina ao financiamento de ações de planejamento, controle, auditoria, fornecimento de informação, entre outros. Os recursos para esse componente somente serão transferidos após a adesão ao PS. O segundo é o



Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde, que custeia os recursos referentes à implantação de centros de saúde.

Por fim, o bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde financia apenas as despesas de capital. Os recursos serão transferidos a esse bloco de acordo com as diretrizes do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007a). Para todos os blocos, os recursos federais são transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios pela modalidade "fundo a fundo". Ou seja, as transferências são feitas do Fundo Nacional da Saúde (FNS), para os Fundos Municipais (BARBOSA, 2013). Os recursos de cada bloco serão destinados somente ao custeio de ações e serviços de saúde relativos ao próprio bloco (GUERRA, 2013). Cumpre salientar que, segundo Barbosa (2013), um ponto desfavorável a essa técnica de agrupamento é que os blocos não consideram as diferenças socioeconômicas nem as necessidades e carências particulares a cada município.

O monitoramento e controle dos repasses feitos pelo FNS ocorrem por meio da apresentação anual do relatório de gestão dos estados, Distrito Federal e municípios, regulamentado pela Portaria nº 2.135, de 2013 (BRASIL, 2013a). Em seu anexo, a Portaria nº 204, de 2007, mostra como é feita a memória de cálculo de cada BF (BRASIL, 2007a).

## **2.2 Atenção Básica**

A Portaria nº 399, de 2006, em seu Anexo II – Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, posteriormente alterada pela Portaria nº 204, de 2007, trata sobre o BF da AB, que é formado pelos seguintes componentes: Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) e Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável). De acordo com as diretrizes do PS, a soma do PAB Fixo com o PAB Variável resulta no teto da AB. O PAB corresponde ao valor mínimo *per capita* dos recursos transferidos do FNS ao bloco para o financiamento de ações dessa natureza (BARBOSA, 2013). A transferência do PAB Fixo se dará de forma regular e automática, mensalmente, a fim de atender as ações de atenção básica à saúde, enquanto a transferência do PAB Variável ocorrerá apenas àqueles que desenvolverem ações e programas específicos. Além disso, o valor disponibilizado para o PAB Variável equivalerá à destreza dos municípios na implementação dessas ações (BRASIL, 2007a).

As estratégias nacionais contempladas pelo PAB Variável são: Saúde da família; Agentes comunitários de saúde; Saúde bucal; Compensação das especificidades regionais; Incentivo aos povos indígenas; Incentivo à saúde no sistema penitenciário; Atenção a adolescentes em conflito com a lei (SIMÃO; ALBUQUERQUE; ERDMANN, 2007).

Inicialmente, considerava-se a Compensação das especificidades regionais como uma categoria do PAB Variável, contudo, posteriormente, pela Portaria nº 1.408, de 2013, essa categoria foi incluída no PAB Fixo (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2013b). A proposta de ações de saúde do PAB Variável, para auferir recursos federais, deve ser elaborada pelo Plano municipal de saúde, atualizado anualmente (BRASIL, 2007a).

A transferência de recursos ao PAB pode ser suspensa, caso seja identificado algum dos itens a seguir: preenchimento falho dos bancos de dados nacionais, que pode ser a não disponibilização de informações por dois meses seguidos ou três meses intercalados durante um ano; e desvio de recursos. Especificamente ao PAB Variável, as causas de suspensão, identificadas através de auditoria e monitoramento, podem ser: inexistência de unidade de saúde; ausência de funcionário da equipe por mais de noventa dias; e cumprimento indevido da carga horária de trabalho pelos profissionais (BRASIL, 2011).

Para a definição dos valores mínimos a serem transferidos ao PAB Fixo, separaram-se os municípios em quatro grupos de acordo com uma pontuação obtida em um intervalo de zero a dez para cada localidade. Essa pontuação se refere ao PIB per capita, densidade demográfica e ao percentual da população com: plano de saúde, bolsa família e em extrema pobreza (MENDES; MARQUES, 2014). De acordo com a Portaria nº 1409, de 2013, os valores mínimos anuais do PAB Fixo por habitante são: grupo I – R\$ 28,00; grupo II – R\$ 26,00; grupo III – R\$ 24,00; e grupo IV – R\$ 23,00. Caso o número de habitantes de determinado município diminua, o valor do repasse será mantido, sendo recalculado um novo valor per capita para o município (BRASIL, 2013c).

Quando os municípios decidem aderir a um ou mais dos programas financiados pelo PAB Variável, lhes é repassado um incentivo financeiro para implantação, cujo valor é estabelecido em portaria e transferido em cota única. Durante a continuidade de sua participação, o município passa a receber, mensalmente, um incentivo financeiro para o custeio da ação (BRASIL, 2013c).

A título de exemplo, tem-se a estratégia nacional de Equipe de Saúde da Família (ESF). O incentivo financeiro para implantação é de R\$ 20.000,00 por equipe e o incentivo financeiro para custeio é de R\$10.625,00 mensal por equipe (ESF modalidade 1) e R\$ 7.130,00 mensal por equipe (ESF modalidade 2).

Através do PAB Variável, a União incentiva os municípios a executarem programas específicos definidos pela esfera federal. Cumpre salientar, entretanto, que, segundo Mendes e Marques (2014), conforme os municípios aderem a esses programas, perdem, de certa forma, parte de sua autonomia, pois utilizam os recursos para custear ações estabelecidas pela União,

ao em vez daquelas que seriam prioritárias e inerentes a cada localidade.

### **2.3 Pacto pela Saúde**

O PS foi instituído em 26 de janeiro de 2006 em acordo entre o Ministro da Saúde, o Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 2006c). Esse Pacto apresentou-se como uma medida de reforma e reestruturação da saúde em âmbito nacional, por meio de três dimensões, conforme já mencionado: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão.

Essa política teve sua abordagem voltada a todo o país (BARBOSA, 2013). Para tanto, organizou-se uma rede hierarquizada de ações e serviços de saúde. Logo, outro diferencial do programa é a “intergovernamentalização” de estratégias e políticas, integrando ações e serviços de saúde nas três esferas de governo (LIMA et al., 2012), além da qualificação da gestão do SUS por meio de mudanças pontuais e efetivas (NASCIMENTO et al., 2009).

Para Lima et al. (2012), o PS surgiu também para conceder maior autonomia aos municípios brasileiros, ressaltando suas particularidades e adaptando as políticas a serem implementadas de acordo com suas necessidades. O autor destaca ainda que, todas essas finalidades do Pacto são grandes desafios, pois as mudanças são sempre difíceis e lentas, ocorrem, em sua maioria, de forma gradual. O PS, por exemplo, levou quatro anos para ser implementado – 2006 a 2010.

O Pacto pela vida é fragmentado em seis vertentes: saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; eficácia no combate de doenças e endemias como, dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; e fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006c). Neste último encontra-se o foco de estudo deste trabalho. Dados os aspectos abordados pelo Pacto pela Vida, definem-se as metas locais, bem como as estratégias pelas três esferas do SUS (LIMA et al., 2012).

O Pacto em defesa do SUS, segunda dimensão, surge para qualificar e assegurar sua definição de política pública, garantir a aprovação do orçamento composto pelas três esferas de governo. Além disso, tem como pressuposto informar e integrar a sociedade em medidas e ações de saúde pública (BRASIL, 2006a). Por fim, o Pacto de gestão envolve as seguintes diretrizes: descentralização; regionalização; financiamento; planejamento; Programação Pactuada e Integrada (PPI); regulação; participação e controle social; gestão do trabalho; e educação na saúde (LIMA et al., 2012). O Pacto de gestão trata das ações conjuntas de

cogestão entre os entes federados, além de instruir a alocação dos recursos financeiros para a saúde e garantir maior transparência para o controle social (BRASIL, 2006c; NASCIMENTO, 2009).

A Portaria nº 91, de 2007, aborda em seu Anexo I o Relatório de indicadores de monitoramento e avaliação do PS, no qual estão contidas as diretrizes a serem seguidas pela União, estados, municípios e Distrito Federal, a fim de atender ao requisito de fortalecimento da AB. Relativo ao financiamento, compete à União o apoio técnico e financeiro aos municípios, de modo que lhes possibilite o atendimento da população nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Aos estados, concerne a colaboração técnica e financeira nas ações de saúde desenvolvidas pelos municípios. A qualidade da infraestrutura e a suficiência dos recursos materiais das UBS são de responsabilidade municipal. Atribui-se às três esferas de governo conjuntamente, o financiamento tripartite e a qualificação dos profissionais da AB por meio de cursos de especialização (BRASIL, 2007b).

Para que o PS fosse implementado, foi necessária a regulamentação de diversas portarias acerca do referido assunto (FADEL, 2009). Além disso, houve o surgimento e adesão aos Termos de Compromisso Federal, Estadual, Municipal e do Distrito Federal (LIMA et al., 2012) para que o acordo fosse validado e as metas definidas e revisadas anualmente. Segundo a Portaria nº 699/07, cada termo deve ser aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde. Em seu anexo, estão contidos os modelos dos Termos de Compromisso de cada esfera do governo (BRASIL, 2006c).

## **2.4 Estudos anteriores**

A presente seção descreve os estudos já publicados sobre o tema da AB e PS no Brasil. Dentre esses, tem-se Fadel et al. (2009), que fizeram uma análise das portarias, normas e leis publicadas sobre o PS e sobre ações e serviços de saúde, muitas das quais já foram citadas no presente trabalho. Os autores consideram o PS uma grande estratégia devido ao seu princípio da equidade social.

Para Barbosa (2013), apesar da estruturação do SUS ter sido normatizada somente em 1990, pela LOS, a Constituição Federal de 1988, responsável pelo seu surgimento, é considerada a mais relevante para a saúde e trata dos princípios seguidos pelo SUS: universalização, descentralização, equidade, atendimento integral e participação da comunidade. A autora considera o SUS como um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo e desde a sua implementação, as condições de saúde no Brasil melhoraram

substancialmente, entre as quais está a AB com o Programa da Saúde da Família (PSF) que aumentou a cobertura de famílias participantes em mais de 800% entre o período de 1998 e 2012.

A realidade sobre a AB, descrita por Coelho, Jorge e Araújo (2009) em um estudo sobre a estrutura das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), de Fortaleza/Ceará, em que atuam as equipes do PSF, ressalta que todas, exceto uma, apresentavam o mesmo padrão, condições precárias, espaços pequenos para o número de pacientes, instalações desconfortáveis e pouco acolhedoras.

Como forme de contribuir para melhoria dos recursos destinados à saúde (precária em todos os seus níveis), em 2000, a Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000) definiu o valor mínimo das receitas de cada ente da federação para a saúde, o que correspondia à União o valor do montante empenhado no ano anterior, acrescido de, no mínimo, 5%. Esse valor deveria se repetir nos anos subsequentes, corrigido pelo PIB. Aos estados e municípios, os valores definidos correspondiam a 12% e 15% das receitas anuais, respectivamente (SIMÃO, 2013). Diante do descumprimento desse percentual, essa exigência foi revogada pela Lei Complementar nº 141/12 (MENDES; MARQUES, 2014).

No estudo de Barbosa (2013), destaca-se o descumprimento do percentual estadual no Piauí (11,07%), Paraná (9,98%) e Rio Grande do Sul (7,62%). Apesar de a União ser o maior financiador do SUS, através do Ministério da Saúde, são os estados e municípios que colocam em prática a maioria das políticas de saúde, financiados em parte pelas transferências federais (SIMÃO, 2013).

Destaca-se que as transferências intergovernamentais têm como função redistribuir a qualidade e a quantidade de serviços públicos pelo território. Devido à má organização populacional, social e econômica existentes no país, estados e municípios apresentam defasagem de recursos, as quais são reduzidas por meio das transferências. Estas se fazem importantes, pois os governos locais são os melhores conhecedores de suas carências. Dessa forma, podem aplicar os recursos federais recebidos conforme suas necessidades prioritárias. No setor da saúde, essas transferências são condicionais, ou seja, possuem destinação específica e podem ser obrigatórias, o que caracteriza o repasse automático (SIMÃO, 2013).

Nesse sentido, o estudo de Simão (2013) identificou duas relações positivas entre os gastos locais e as transferências: (1º) quanto maior forem as transferências recebidas, maiores serão os gastos com saúde pelos governos locais; e (2º) quanto maior forem os recursos arrecadados, maiores serão as transferências recebidas, fato que denota menores transferências aos governos mais carentes. Essa relação entre gastos próprios e recebimento

de transferências pode ser analisada pelo fenômeno do *flypaper effect*, que é o fato de os governos serem mais estimulados a incorrer em gastos quando recebem transferências governamentais do que quando aumentam suas rendas. Além disso, o estudo de Simão (2013) mostrou considerável dispersão no volume de transferências entre os municípios do país, fato que pode ser justificado pela correlação identificada entre as transferências do SUS com os gastos locais com saúde e com arrecadação municipal.

Contrariamente à relação identificada acima, Mendes e Marques (2014) sugerem a combinação de dois critérios para os repasses adicionais transferidos pela União a fim de melhor distribuir os recursos: (1) a distribuição de recursos de forma inversamente proporcional ao número de habitantes dos municípios, ou seja, quanto menor a população de um município, mais recursos receberá, favorecendo os pequenos municípios; e (2) consideração das necessidades de saúde das regiões mais carentes. Arantes et al. (2011) afirmam que o tamanho territorial do município pode beneficiar ou prejudicar a implementação da AB. Além disso, a forma como a população está distribuída no município, se a maioria em meio urbano ou rural, também pode influenciar.

Lima et al. (2012) analisaram a publicação e a execução do PS no período de 2006 a 2010, considerando dois aspectos: a adesão ao PS e a sua implantação individual para cada localidade, destacando suas particularidades. Segundo os autores, a adesão dos estados e municípios ao PS aconteceu de forma gradual, por exemplo, os estados Goiás e Mato Grosso, apresentavam em 2010 de 70% a 99% dos municípios participantes. Já o estado do Mato Grosso do Sul atingiu 100% de adesão logo em 2007.

Segundo Mello, Fontanella e Demarzo (2009), há no Brasil uma discussão sobre a terminologia ideal para o nível mais básico da saúde. Atualmente, a nomenclatura mais utilizada é AB, mas ainda se utiliza Atenção Primária como seu sinônimo, termo este bastante utilizado pelos governos internacionais (há também a expressão Atenção Primária à Saúde, que se aproxima de AB e se opõe a Atenção Primária no sentido ideológico).

Simão, Albuquerque e Erdmann (2007) analisaram a evolução da AB e o seu impacto na saúde como um todo, considerando o período de 1980 a 2006. Para isso, os autores abordaram os principais pactos e programas instituídos a fim de promover a melhoria das ações e serviços de saúde no Brasil, entre os quais está o PS. Em geral, os demais pactos analisados apresentaram resultados insatisfatórios, sem grandes mudanças (não se inclui o PS devido ao fato de o último ano avaliado ter sido o ano de implementação do programa, 2006, não sendo possível analisar seus resultados e efeitos).

Por sua vez, Freitas e Mandú (2010) fazem uma comparação entre três políticas de saúde: Documento Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial de 1997; Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006; e PS de 2006. Foram encontradas similaridades a respeito da efetivação dos princípios e diretrizes do SUS (universalidade, integralidade, equidade, descentralização) aliados à formação de um sistema de saúde que tenha por alicerce inicial a AB.

Na década de 1990, entre os princípios e diretrizes do SUS, a regionalização foi a que menos se consolidou, causando menor efeito da implementação do SUS nos municípios, devido à quantidade e diversidade existentes. Maior atenção lhe foi conferida com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde em 2001, (NOAS/2001), contudo, alcançou seu destaque com a publicação do PS de 2006. Posteriormente, a cobertura de serviços pelo SUS se expandiu, alcançando prioritariamente os municípios, devido às transferências federais recebidas (SILVA, 2011).

A NOAS-SUS 01/2002 (BRASIL, 2002) estabelece as condições de gestão, as quais tratam das responsabilidades do gestor municipal e dos requisitos relativos às modalidades de gestão. Para atender as condições, os estados devem elaborar o Plano Diretor de Regionalização (PDR), mas, na prática, nem todos os estados cumprem com o estabelecido, gerando assim aparente diferenciação quanto aos avanços de cada um (FADEL et al., 2009). A fim de sanar essa problemática e promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, instituiu-se, por meio da Portaria n. 399/06, o PS, promovido pelas três esferas do SUS, cuja implementação se dava pela adesão ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG) (GUERRA, 2013).

A descentralização proposta pelo SUS e consolidada pelo PS apresentou efeitos consideráveis no nível da Atenção Básica, contudo quanto aos serviços especializados, os resultados não foram os esperados. Devido a impossibilidade de atender os demais níveis no âmbito público, transferiu-se boa parte desses ao setor privado (ASSIS et al., 2009).

Segundo Silva (2011), para que o princípio de regionalização do SUS seja atendido, é fundamental a formação de redes integradas de saúde em diversas localidades, atuando conjuntamente na implementação de estratégias. Para que essas redes sejam eficazes, é necessário que haja incentivos, de forma que os gestores adiram a esse sistema. Além disso, deve-se considerar o cenário, político-econômico do país, aspecto relevante no desenvolvimento de políticas públicas.

Para que uma política pública seja implementada, é necessário que haja estrutura assistencial para a saúde de qualidade, de modo que possa ser acompanhada e monitorada.

Assim, a regulação é fundamental no SUS, a qual é descrita com inovações no PS, mais especificamente no Pacto de Gestão (NASCIMENTO et al., 2009).

O Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) é uma política pública implementada em 2011, cujos objetivos são ampliar o acesso, aprimorar a qualidade da AB e aumentar a transparência das ações de saúde de forma contínua, de modo que a participação popular seja peça fundamental para o desenvolvimento do programa (LINHARES; LIRA; ALBUQUERQUE, 2014).

Segundo Pinto, Sousa e Ferla (2014), o PMAQ-AB avalia e premia os municípios de acordo com o desempenho das equipes de atenção básica, que podem ser classificadas como: na média ou abaixo da média, recebendo o valor de R\$ 2.200,00 a mais, mensal; acima da média, recebendo R\$ 6.600,00 a mais, mensal; e muito acima da média, recebendo R\$ 11.000,00 a mais, mensal.

Para os municípios que aderirem, serão transferidos de 20% a 100% dos recursos do componente de qualidade do PAB Variável, conforme a performance de cada equipe. Para tanto, os gestores municipais devem seguir as orientações do PMAQ-AB quanto à qualidade dos serviços, monitoramento e assistência às equipes. Dessa forma, o programa incentiva o melhor trabalho das equipes de atenção básica em troca do aumento de recursos financeiros repassados (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

De acordo com Haddad et al. (2008), a política de fortalecimento da AB surgiu para trazer uma nova roupagem à saúde, a qual segue os princípios estabelecidos pelo SUS. Assim, é necessário preparar e capacitar os novos profissionais para que sigam essa nova abordagem no desempenho de suas funções. O autor afirma que a integração educação-trabalho em saúde ocorre por meio de estratégias estabelecidas entre as duas áreas para que o sistema de ensino e o campo de atuação estejam em consonância. Como por exemplo, a estratégia de relacionar a tecnologia com as carências de saúde da população para garantir melhor formação profissional. Essa estratégia de educação na saúde está contida nas diretrizes do PS e no BF de Gestão do SUS, recebendo repasses automáticos da União.



### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 Procedimentos Metodológicos

O universo considerado no presente estudo refere-se aos municípios da região Centro-oeste. Deste, selecionou-se uma amostra com base no IDSUS de 2010, o qual classificou a atuação de cada município nas ações e serviços de saúde públicos com uma pontuação de 0 a 10 (BRASIL, 2015b). Dessa forma, foi escolhido um total de trinta municípios, sendo dez por estado (Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul), dos quais cinco estão entre os melhores e cinco entre os piores pontuados no índice.

Assim, a amostra selecionada foi a seguinte: Águas Lindas de Goiás/GO, Mineiros/GO, Santa Rita do Araguaia/GO, Caiapônia/GO, Aparecida de Goiânia/GO, Goianópolis/GO, Britânia/GO, Senador Canedo/GO, Hidrolândia/GO, Goiânia/GO, Colniza/MT, Nova Xavantina/MT, Alto Taquari/MT, Várzea Grande/MT, Aripuanã/MT, Nova Ubiratã/MT, Sorriso/MT, Feliz Natal/MT, Nova Nazaré/MT, Canarana/MT, Porto Murtinho/MS, Santa Rita do Pardo/MS, Deodápolis/MS, Miranda/MS, Itaquiraí/MS, Taquarussu/MS, Laguna Carapã/MS, Campo Grande/MS, Dourados/MS e Paranaíba/MS.

Os dados foram obtidos no endereço eletrônico do IDSUS. Os períodos analisados foram os três anos anteriores ao PS de 2006 (2003, 2004, 2005) e os três anos mais recentes (2012, 2013, 2014). Após a seleção da amostra, observou-se a execução orçamentária da despesa na fase empenho de cada município. Para tanto, foram coletados os valores anuais atualizados pela média do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) de 2014, equivalente a 6,4% ao ano (PORTAL BRASIL, 2015). Dessa forma, foi possível comparar o gasto público com saúde pré e pós PS. Os dados da despesa com saúde foram obtidos no endereço eletrônico do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). O endereço eletrônico contempla informações orçamentárias com saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. Os dados federais ainda estão em processo de armazenamento e, por isso, não estão disponibilizados (BRASIL, 2015c).

Finalmente, foram coletados os valores de repasses fundo a fundo para o bloco de financiamento da Atenção Básica transferidos aos municípios selecionados e ao DF nos períodos analisados. Foram discriminados os componentes do bloco, PAB Fixo e PAB Variável, e o total transferido. O endereço eletrônico do FNS disponibiliza os dados de cada localidade por período mensal e anual (BRASIL, 2015a).

A partir dos dados coletados, foram construídas figuras (tabelas e gráficos) no Excel,

nos quais, os municípios foram alocados em seis grupos. Os grupos 1 e 2 representam os municípios com melhores e piores IDSUS do estado de Goiás, respectivamente; 3 e 4, os de Mato Grosso; e 5 e 6, os de Mato Grosso do Sul. Para cada estudo, desenvolveram-se as análises horizontal tanto da despesa empenhada, quanto dos repasses do fundo, com o objetivo de evidenciar a evolução de cada município ao longo dos anos selecionados (SILVA, 2005), refletindo assim o efeito do PS.

Além disso, foram destacados os municípios que apresentaram maiores evoluções do período pré ao período pós PS. De forma comparativa, fez-se relação entre a participação das transferências totais do SUS na despesa total com saúde e a participação das transferências específicas ao bloco da Atenção Básica na despesa total com saúde.

### **3.2 Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde – IDSUS**

Especificamente, selecionou-se uma amostra dos cinco mais e dos cinco menos bem pontuados de cada estado do Centro-Oeste no IDSUS de 2010. Esse indicador é uma ferramenta de consulta, análise, gestão e comparabilidade dos dados relativos às ações e serviços de saúde no Brasil (BRASIL, 2015b). É um índice que integra vinte quatro indicadores para o cálculo dos resultados de cada município, dos quais dez correspondem à Atenção Básica, sete à Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade e sete à Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade. O IDSUS avalia a oferta de serviços de saúde, a quantidade de atendimentos realizados e a quantidade de atendimentos satisfatórios. O índice obtido pode variar entre 0 e 10, de forma que quanto maior o índice, melhor é a qualidade do serviço prestado pelo SUS no município analisado (BRASIL, 2015b).

### **3.3 Limitações**

O IDSUS é um índice composto, sendo que quatorze dos vinte e quatro indicadores que o compõem são referentes à Atenção de Média e Alta Complexidade. Assim, esses indicadores poluem de certa forma o índice, devido ao fato do estudo abarcar somente a Atenção Básica. Em seguida, observa-se como mais uma limitação a influência do papel desenvolvido pelo gestor quanto à melhoria dos serviços de saúde, refletindo seus efeitos no IDSUS. Dessa forma, se um município A recebe mais recursos que um município B, contudo o gestor deste exerce sua função de modo mais satisfatório e eficaz que o gestor daquele, os

resultados alcançados e refletidos no IDSUS indicarão essas eficiências, evidenciando que a não relação entre aumento de recursos e qualidade dos serviços.

#### 4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os municípios selecionados para compor a amostra no presente trabalho são apresentados na Tabela 1, em grupos de acordo com o nível de desempenho por estado. Foram apresentados os resultados da avaliação do IDSUS (consolidado de dez indicadores) e o indicador da Atenção Básica (que compõem o IDSUS consolidado) em cada localidade. Para melhor ilustração, as cores claras representam os municípios que alcançaram melhores resultados no IDSUS (grupos 1, 3 e 5) e as cores escuras se referem àqueles com os piores índices (grupos 2, 4 e 6). Essa dinâmica se repete nas demais tabelas.

Tabela 1 – IDSUS em municípios do CO

Estados	Grupo	Municípios	IDUSUS (consolidado)	Indicador da Atenção Básica	População (estimativa 2015)
GO	1	Goianápolis	6 – 6.99	> 7.99	11.024
		Britânia	6 – 6.99	> 7.99	5.772
		Senador Canedo	6 – 6.99	> 7.99	100.367
		Hidrolândia	6 – 6.99	> 7.99	19.761
		Goiânia	6 – 6.99	> 7.99	1.430.679
	2	Águas Lindas de Goiás	0 – 3.99	0 – 3.99	187.082
		Mineiros	0 – 3.99	4 – 4.99	60.464
		Santa Rita do Araguaia	0 – 3.99	6 – 6.99	7.916
		Caiapônia	0 – 3.99	6 – 6.99	18.148
		Aparecida de Goiânia	4 – 4.99	0 – 3.99	521.910
MT	3	Nova Ubiratã	6 – 6.99	> 7.99	10.801
		Sorriso	6 – 6.99	> 7.99	80.298
		Feliz Natal	6 – 6.99	> 7.99	12.782
		Nova Nazaré	6 – 6.99	> 7.99	3.021
		Canarana	5 – 5.99	> 7.99	20.208
	4	Colniza	0 – 3.99	4 – 4.99	33.575
		Nova Xavantina	0 – 3.99	6 – 6.99	20.399
		Alto Taquari	0 – 3.99	6 – 6.99	9.674
		Várzea Grande	4 – 4.99	0 – 3.99	268.594
		Aripuanã	4 – 4.99	4 – 4.99	20.657
MS	5	Taquarussu	6 – 6.99	> 7.99	3.570
		Laguna Carapã	6 – 6.99	> 7.99	7.017
		Campo Grande	6 – 6.99	6 – 6.99	853.622
		Dourados	6 – 6.99	> 7.99	212.870
		Paranaíba	6 – 6.99	> 7.99	41.495
	6	Porto Murtinho	4 – 4.99	6 – 6.99	16.514
		Santa Rita do Pardo	4 – 4.99	6 – 6.99	7.633
		Deodápolis	4 – 4.99	6 – 6.99	12.650
		Miranda	4 – 4.99	0 – 3.99	27.104
		Itaquiraí	4 – 4.99	5 – 5.99	20.162

Fonte: elaborada pela autora com base nos dados do IDSUS de 2010 e do IBGE (2015).

No estado do Mato Grosso do Sul, os municípios considerados piores tiveram resultados medianos no índice. Goiás foi o estado onde se identificou maior discrepância entre os municípios – cinco deles alcançaram altos índices, quatro atingiram baixíssimos níveis e um obteve índice mediano. Quanto ao índice de Atenção Básica, a maioria dos municípios da amostra apresentou índices pelo menos medianos, somente Águas Lindas de Goiás/GO, Aparecida de Goiânia/GO, Várzea Grande/MT e Miranda/MS alcançaram marcas substancialmente baixas.

#### **4.1 Análise horizontal das despesas e dos repasses fundo a fundo**

A seguir, a Tabela 2 mostra a análise horizontal da despesa empenhada com saúde por município, considerando o ano base de 2003 para comparação com os demais anos – por essa razão, o ano de 2003, tomado como 100% para todos os municípios, não foi apresentado na referida tabela. Para os anos posteriores ao ano base, valores acima de 100% representam aumento da despesa empenha comparativamente ao ano de 2003, e, valores inferiores, redução. Destaca-se que os municípios de Águas Lindas de Goiás/GO e Santa Rita do Araguaia/GO não divulgaram os valores empenhados do ano de 2003, não sendo possível, portanto, comparar valores.

Nos anos anteriores ao PS, entre os grupos e o DF, nota-se crescimento percentual discreto em relação ao ano base de 2003, com exceção do grupo 4, que, em 2005, teve aumento expressivo de 153,93% (líquido). Apenas Santa Rita do Pardo/MS (Grupo 6), em 2004 e 2005, atingiu valores inferiores ao empenhado em 2003, enquanto os demais municípios obtiveram valores maiores que os do ano base em todos os períodos analisados.

Em 2012, após sua implementação e com o PS já consolidado, a maioria dos municípios apresentou um salto nos percentuais empenhados, com destaque para Caiapônia/GO (Grupo 2), Britânia/GO (Grupo 1) e Miranda/MS com aumento líquido de 572,56%, 364,85% e 318,12%, respectivamente. Se a despesa aumenta, significa que mais recursos estão sendo alocados àquele município (SANTO; FERNANDO; BEZERRA, 2011).

Tabela 2 – Análise horizontal da despesa total empenhada com saúde \*

Estados	Grupos	Municípios	2004	2005	2012	2013	2014
GO	1	Goianópolis	19,34%	59,09%	125,61%	102,94%	143,98%
		Britânia	6,52%	8,86%	364,85%	110,12%	172,95%
		Senador Canedo	8,10%	17,50%	202,32%	199,41%	312,69%
		Hidrolândia	14,03%	20,61%	135,87%	221,58%	213,87%
		Goiânia	9,69%	14,62%	112,79%	122,78%	116,92%
		<b>Média</b>	<b>11,54%</b>	<b>24,13%</b>	<b>188,29%</b>	<b>151,37%</b>	<b>192,08%</b>
	2	Águas Lindas de Goiás	-	-	-	-	-
		Mineiros	32,15%	42,23%	232,08%	263,05%	386,31%
		Santa Rita do Araguaia	-	-	-	-	-
		Caipônia	74,35%	84,22%	572,56%	314,45%	293,21%
		Aparecida de Goiânia	12,66%	21,75%	124,66%	151,94%	155,87%
		<b>Média</b>	<b>39,72%</b>	<b>49,40%</b>	<b>309,77%</b>	<b>243,15%</b>	<b>278,47%</b>
MT	3	Nova Uiratã	19,03%	40,44%	177,10%	174,17%	231,16%
		Sorriso	32,12%	50,02%	165,36%	221,33%	285,23%
		Feliz Natal	44,24%	32,93%	93,83%	102,98%	149,21%
		Nova Nazaré	49,85%	68,99%	124,86%	122,76%	136,88%
		Canarana	12,59%	52,75%	127,30%	179,03%	202,03%
		<b>Média</b>	<b>31,56%</b>	<b>49,03%</b>	<b>137,69%</b>	<b>160,05%</b>	<b>200,90%</b>
	4	Colniza	20,36%	98,49%	232,96%	277,44%	341,20%
		Nova Xavantina	60,44%	426,60%	132,05%	133,87%	149,49%
		Alto Taquari	68,67%	92,84%	254,87%	211,14%	202,80%
		Várzea Grande	20,35%	40,50%	141,37%	126,33%	118,31%
Aripuanã	36,16%	111,21%	211,53%	204,18%	224,50%		
<b>Média</b>	<b>41,19%</b>	<b>153,93%</b>	<b>194,56%</b>	<b>190,59%</b>	<b>207,26%</b>		
MS	5	Taquarussu	15,89%	29,33%	86,49%	98,79%	119,76%
		Laguna Carapã	20,56%	21,27%	148,17%	148,25%	194,19%
		Campo Grande	14,54%	20,66%	133,41%	144,81%	158,89%
		Dourados	24,54%	43,18%	188,88%	205,22%	200,39%
		Paranaíba	75,93%	92,59%	262,07%	260,19%	258,64%
		<b>Média</b>	<b>30,29%</b>	<b>41,41%</b>	<b>163,80%</b>	<b>171,45%</b>	<b>186,37%</b>
	6	Porto Murtinho	30,14%	65,38%	110,18%	164,89%	141,79%
		Santa Rita do Pardo	-8,17%	-4,69%	43,29%	45,39%	67,17%
		Deodápolis	49,49%	9,99%	104,00%	129,77%	115,75%
		Miranda	10,88%	61,66%	318,12%	228,53%	301,50%
Itaquirai	23,50%	47,51%	118,95%	142,45%	185,90%		
<b>Média</b>	<b>21,17%</b>	<b>35,97%</b>	<b>138,91%</b>	<b>142,21%</b>	<b>162,42%</b>		

PS 2006

Fonte: elaborada pela autora com base nos dados do SIOPS (2015).

\* Variação líquida em relação a 2003.

Analisando os valores médios da despesa total empenhada em cada grupo, ainda sobre 2012, o Grupo 4 (MT) classificado com mau desempenho na saúde, teve média próxima a do Grupo 1 (GO), classificado com bom desempenho. O fato curioso é que, apesar do G4 ser ‘ruim’ e do G1 ser ‘bom’, o primeiro apresentou aumentos médios superiores ao segundo em todo o restante do período analisado, pré e pós PS.

Situação similar ocorreu em 2014, entre os Grupos 3 e 4, os quais pertencem ao mesmo estado (mais adiante será visto que as médias do G3 e G4 também coincidiram nas médias nos repasses do fundo no mesmo período) – em outras palavras, novamente um grupo com IDSUS ruim apresentou aumento líquido na média de despesas superior ao de um grupo com melhor IDSUS. Por essa razão, é possível supor que, na amostra dos municípios de MT com piores pontuações no IDSUS (G4), o aumento na média de despesa total empenhada parece não ter impactado positivamente nas ações e serviços de saúde de Atenção Básica prestados pelo município, haja vista que o grupo se manteve, ao longo do período analisado, com baixos índices de IDSUS.

De volta a 2012, os Grupos 3 (MT) e 6 (MS) alcançaram praticamente a mesma média de aumento percentual líquido, respectivamente, 137,69% e 138,91% (nos demais períodos, o G3 se manteve superior ao G6). Apesar do G3 ser considerado ‘bom’ e G6 ‘ruim’, ambos apresentaram comportamento similar durante todo o período analisado: G3 com aumentos líquidos médias de 31,56%, 49,03%, 137,69%, 160,05% e 200,90%; G6 com 21,17%, 35,97%, 138,91%, 142,21% e 162,42%, respectivamente para os anos de 2004, 2005 e 2012 a 2014.

Na transição entre os anos pré e pós PS, G4 foi o grupo que elevou menos, em média, sua despesa total empenhada, apresentando crescimento de apenas 40,63% de 2005 para 2012. O G2 foi o que mais elevou, com crescimento de 260,37% entre esses dois anos.

Já de 2012 para 2013, o cenário foi diferente. Os grupos 1, 2, e 4 apresentaram queda percentual no total de despesa total empenhada. Pode-se considerar essa redução como reflexo da crise enfrentada pelo país à época. Outro ponto que merece destaque é o crescimento, diferenciando-se dos demais municípios da amostra, das despesas de Brasília/DF e Hidrolândia/GO, dado cenário de reduções financeiras à época.

De 2013 para 2014, alguns municípios reduziram o percentual de despesas totais empenhadas, com destaque para Caiapônia/ GO, Porto Murtinho/MT, Deodápolis/MT e Brasília/DF. Especificamente para Brasília, apesar do salto de 2012 para 2013, houve significativa redução de 2013 para 2014, no que se refere às despesas (61,66%).

Posteriormente, a Tabela 3 apresenta a análise horizontal dos repasses do FNS ao bloco da Atenção Básica referente a cada município, considerando o ano base de 2003 para comparação com os demais anos – por essa razão, o ano de 2003, tomado como 100% para todos os municípios, não foi apresentado na referida tabela. Para os anos posteriores ao ano base, valores acima de 100% representam aumento da despesa empenha comparativamente ao ano de 2003, e, valores inferiores, redução.

Depreende-se que a maioria dos municípios expressou resultado positivo quanto à adesão ao PS. Somente Canarana/MT, Aripuanã/MT, Porto Murtinho/MS e Miranda/MS apresentaram redução nos valores repassados fundo a fundo de 2005 para 2012, sendo os três últimos, integrantes de grupos com baixos IDSUS. Os municípios que tiveram a maior evolução percentual dos repasses pós PS, de cada grupo, foram: Hidrolândia/GO (G1), Mineiros/GO (G2), Nova Uiratã/MT (G3), Colniza/MT (G4), Paranaíba/MS (G5) e Deodópolis/MS (G6).

Nos anos de 2004 e 2005 (pré PS), se comparados com o ano base (2003), a maioria dos municípios exibiu pequenas variações, para mais e para menos. A partir da implementação do PS (2006), nos anos de 2012 a 2014 (pós PS), o aumento nas transferências federais, para o bloco da AB foi expressivo. Como representação, tem-se que de 2005 (pré PS) para 2012 (pós PS), houve aumento médio de mais de 67% em todos os grupos considerados e o Distrito Federal. Destaque para o G3, que de 2005 para 2012 apresentou aumento nos repasses de 152,92%.

Se observados os pisos das transferências – PAB Fixo e Variável, tem-se que em 2004, Porto Murtinho/MS (G6) e Brasília/DF receberam transferências variáveis inferiores às de 2003, já em 2005, isso ocorreu em Britânia/GO (G1) e Santa Rita do Araguaia/ (G2) – os valores referentes ao PAB Fixo, PAB Variável e PAB Total estão descritos em Apêndice (Tabelas A1 e A2). Há que se considerar que, conforme mencionado (*cf.* Seção 2), as transferências, no que tange ao PAB Variável, se destinam a ações, serviços e programas específicos definidos pela União. Portanto, ressalta-se a relevância do esforço de cada gestor municipal em promover ações que recebam mais recursos do governo federal.

De 2012 para 2013, tal qual a análise para a despesa empenhada, os repasses apresentaram redução para 27 dos 31 municípios analisados, somente Águas Lindas de Goiás/GO, Caiapônia/GO, Santa Rita do Pardo/MS e Brasília/DF tiveram baixos crescimentos, respectivamente, 18,38%, 4,33%, 5,70% e 0,65%. Finalmente, de 2013 para 2014, as transferências voltaram a crescer para a maioria dos municípios. Destaque para o Grupo 6, cujos municípios, em média, elevaram as transferências em 40,87%.



Diferentemente, apenas os Grupos 1 e 3 apresentam redução média nos repasses, respectivamente, 0,55% e 14%.

Tabela 3 – Análise horizontal do repasse fundo a fundo para o bloco da atenção básica

Estados	Grupos	Municípios	2004	2005	2012	2013	2014	
GO	1	Goianápolis	29,90%	42,68%	100,96%	88,03%	78,14%	
		Britânia	0,55%	-8,68%	37,01%	17,36%	24,45%	
		Senador Canedo	18,59%	45,20%	142,41%	113,44%	134,48%	
		Hidrolândia	3,23%	14,37%	118,32%	110,26%	89,49%	
		Goiânia	9,10%	7,59%	81,05%	65,37%	65,16%	
		<b>Média</b>	<b>12,27%</b>	<b>20,23%</b>	<b>95,95%</b>	<b>78,89%</b>	<b>78,34%</b>	
	2	Águas Lindas de Goiás	14,01%	22,42%	63,07%	81,45%	135,90%	
		Mineiros	32,03%	23,35%	294,07%	240,73%	334,21%	
		Santa Rita do Araguaia	7,94%	-9,21%	72,57%	47,69%	239,00%	
		Caiapônia	6,44%	9,87%	74,78%	79,11%	71,53%	
		Aparecida de Goiânia	2,31%	25,98%	112,19%	93,12%	126,84%	
		<b>Média</b>	<b>12,55%</b>	<b>14,48%</b>	<b>123,34%</b>	<b>108,42%</b>	<b>141,50%</b>	
	MT	3	Nova Ubiratã	11,07%	17,59%	355,92%	286,92%	238,70%
			Sorriso	25,58%	74,04%	308,60%	292,86%	307,75%
Feliz Natal			12,34%	29,98%	169,43%	167,44%	147,34%	
Nova Nazaré			13,29%	7,31%	133,27%	60,88%	55,77%	
Canarana			13,87%	204,07%	130,39%	101,70%	90,25%	
<b>Média</b>			<b>15,23%</b>	<b>66,60%</b>	<b>219,52%</b>	<b>181,96%</b>	<b>167,96%</b>	
4		Colniza	17,03%	22,85%	379,25%	316,33%	294,56%	
		Nova Xavantina	4,01%	0,83%	65,25%	40,88%	51,43%	
		Alto Taquari	7,75%	5,38%	251,19%	168,07%	182,86%	
		Várzea Grande	16,19%	41,81%	89,89%	70,05%	116,63%	
		Aripuanã	129,34%	330,54%	314,13%	234,21%	202,48%	
		<b>Média</b>	<b>34,86%</b>	<b>80,28%</b>	<b>219,94%</b>	<b>165,91%</b>	<b>169,59%</b>	
MS		5	Taquarussu	3,45%	2,56%	65,27%	46,19%	93,20%
			Laguna Carapã	4,73%	38,87%	53,23%	22,53%	54,00%
	Campo Grande		29,52%	34,10%	121,05%	120,31%	134,05%	
	Dourados		18,96%	21,65%	128,50%	95,87%	101,74%	
	Paranaíba		87,19%	117,19%	228,92%	188,08%	193,21%	
	<b>Média</b>		<b>28,77%</b>	<b>42,87%</b>	<b>119,39%</b>	<b>94,59%</b>	<b>115,24%</b>	
	6	Porto Murtinho	-1,04%	82,14%	62,19%	45,89%	74,81%	
		Santa Rita do Pardo	49,32%	35,21%	188,12%	193,82%	270,42%	
		Deodápolis	40,53%	46,14%	276,39%	232,13%	331,78%	
		Miranda	18,55%	149,71%	119,94%	94,01%	121,36%	
		Itaquirai	7,40%	26,81%	126,97%	121,17%	92,96%	
		<b>Média</b>	<b>22,95%</b>	<b>68,00%</b>	<b>154,72%</b>	<b>137,40%</b>	<b>178,27%</b>	

PS 2006

Fonte: elaborada pela autora com base nos dados do FNS (2015).

Em geral, o comportamento aparente dos repasses foi similar ao ocorrido na despesa total empenhada da maioria dos municípios, ou seja, crescimento discreto nos anos pré-PS, o

\* Variação líquida em relação a 2003.

qual se acentuou em 2012, apresentando queda em 2013 e voltando a crescer em 2014, se comparado a 2012.

Os municípios que receberam os maiores aportes financeiros do FNS foram as capitais de cada grupo que, além de terem obtido bom desempenho no IDSUS, se diferenciam do restante da amostra em seu tamanho. De acordo com o IBGE (2013), o número de habitantes de Goiânia/GO ultrapassa os 1,3 milhões e Campo Grande/MS, 0,83 milhões. Assim, é possível inferir que as arrecadações nas capitais se fazem maiores que em municípios pequenos. Encontra-se aqui a mesma relação positiva entre recursos próprios e recebimento de transferências federais, verificada por Simão (2010) - ou seja, quanto mais recursos próprios o município arrecada, mais repasse da União receberá.

#### **4.2 Análise por grupo de município**

Na análise por grupos, nota-se que, no estado do Mato Grosso, os Grupos 3 e 4 retrataram comportamento muito equilibrado, tanto em 2012 quanto em 2014 - G3 e G4 alcançaram praticamente os mesmos índices (IDSUS). Foi visto anteriormente que, esses grupos também apresentaram resultado semelhante quanto à despesa empenhada no ano de 2014. Deve-se destacar ainda, que esses grupos agregam municípios opostos quanto à qualidade e eficácia das ações e serviços de saúde do SUS.

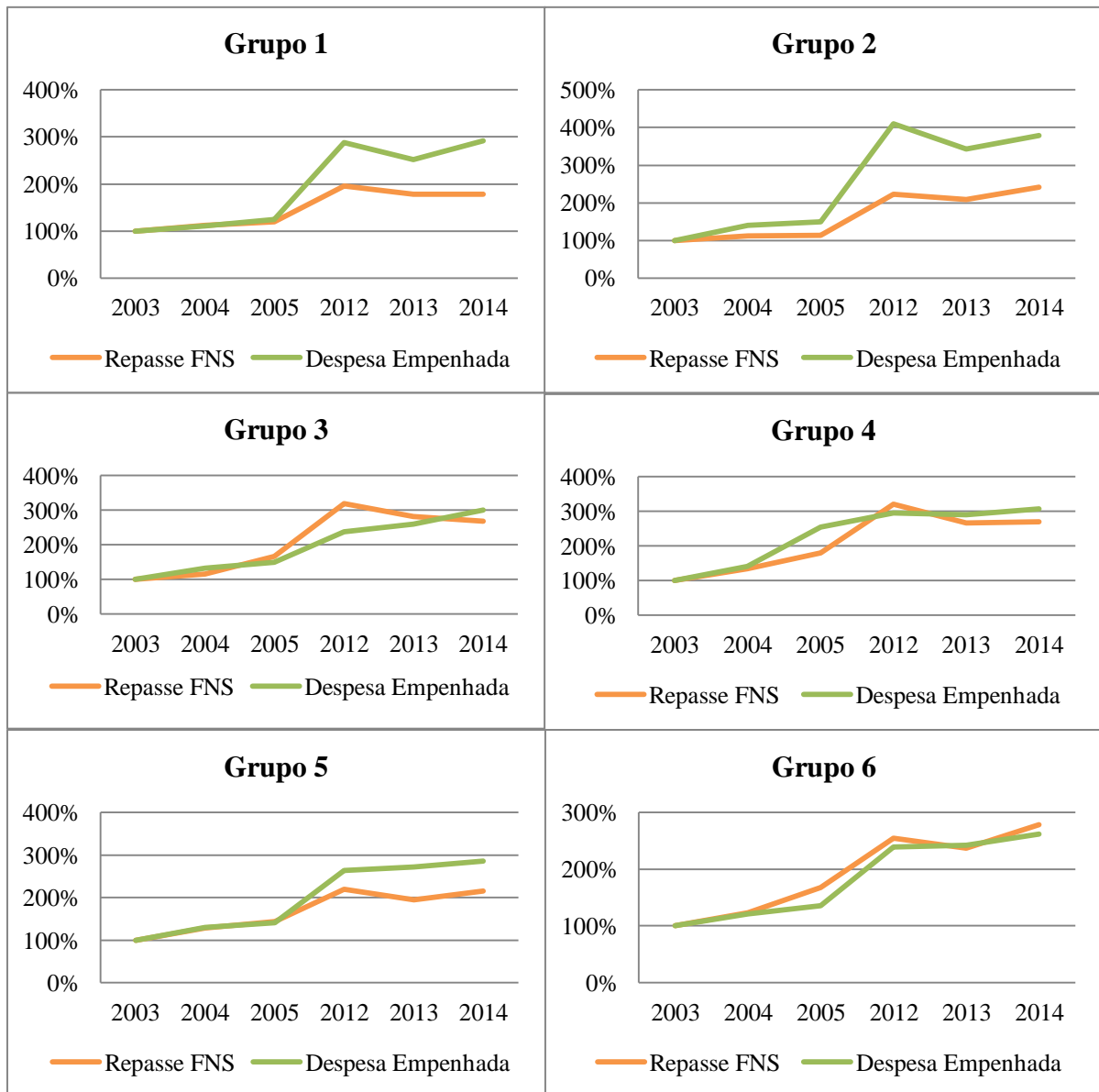
Situação similar pode ser vista em Goiás, entre os Grupos 1 e 2, que se mantiveram equiparados nos anos pré-PS e posteriormente se diferenciaram, tendo o G2 (mau desempenho do SUS) sobressaído sobre o G1 (bom desempenho). De forma análoga, comparando-se os Grupos 5 e 6 do Mato Grosso do Sul, identifica-se crescimento superior do G6 ao G5. Portanto, nos estados de Goiás e Mato Grosso do Sul, os grupos menos favorecidos - G2 e G6, respectivamente - apresentaram crescimento dos repasses superior aos grupos mais qualificados - G1 e G5, respectivamente.

Comparativamente entre os municípios por estado, em 2012, G2, que agrega os piores IDSUS de Goiás, teve média similar ao G5, composto pelos melhores IDSUS de Mato Grosso do Sul. Isso ocorreu pelo fato do grupo considerado inferior ter tido aumento suficiente para alcançar o grupo proeminente.

A seguir, a Figura 1 apresenta, em resumo, a análise descrita até então, de modo que compara a evolução da despesa total empenhada com a evolução do repasse pela média dos grupos. Observa-se que, na transição entre os períodos pré e pós PS (2005-2012), a despesa total empenhada com saúde teve crescimento percentual superior ao do repasse nos Grupos 1,

2 e 5, enquanto que nos Grupos 3, 4 e 6 o crescimento do repasse se sobrepôs ao da despesa. Infere-se que, tanto a despesa quanto o repasse apontam crescimento acentuado no período pós PS, exceto para a despesa do Grupo 4, cujo crescimento foi pouco expressivo nesse período.

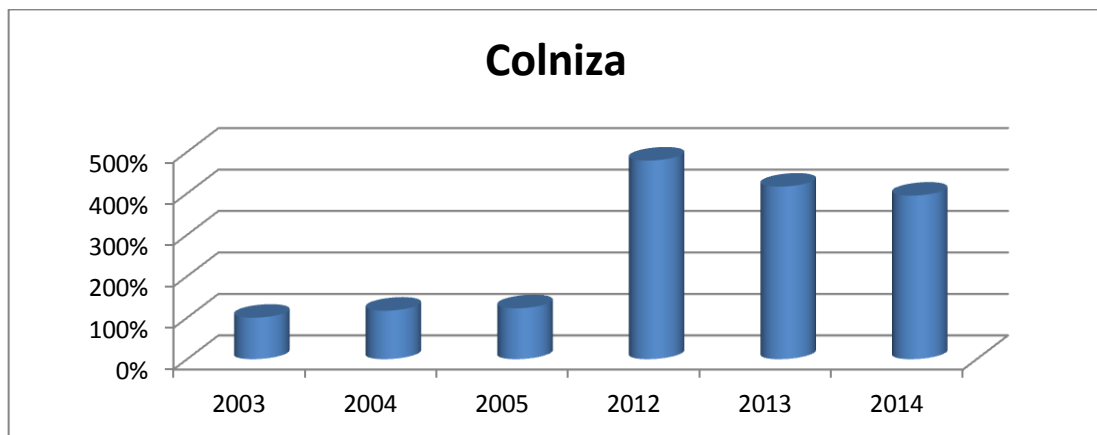
Figura 1 – Comparação entre a evolução percentual da despesa e a evolução do repasse



Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do SIOPS e FNS (2015).

A seguir, o Gráfico 1 retrata o município que mais se destacou quanto ao recebimento de repasse para o bloco da AB após a implementação do PS, qual seja, Colzina/MT. Após a publicação e consolidação do PS, o repasse para a AB no referido município deu um salto expressivo. Todavia, observa-se tendência de redução nos repasses dos anos mais recentes. Colzina/MT está no Grupo 4, entre os municípios mal pontuados no IDSUS, dessa forma, a necessidade por mais recursos se faz ainda mais presente. Esse crescimento pode ser justificado, em parte, pela maior participação do PAB Variável no montante total recebido. Por exemplo, em 2005, o repasse de recursos ao PAB Fixo e ao PAB Variável era equilibrado, 45% do PAB correspondia ao componente fixo e 55% ao componente variável, entretanto, em 2013, o PAB Fixo reduziu sua participação para 33% do repasse total, enquanto o PAB Variável elevou seu percentual para 67%. Isso significa que, nesse período, o município aderiu a programas receptores de mais transferências, definidos pelo governo federal.

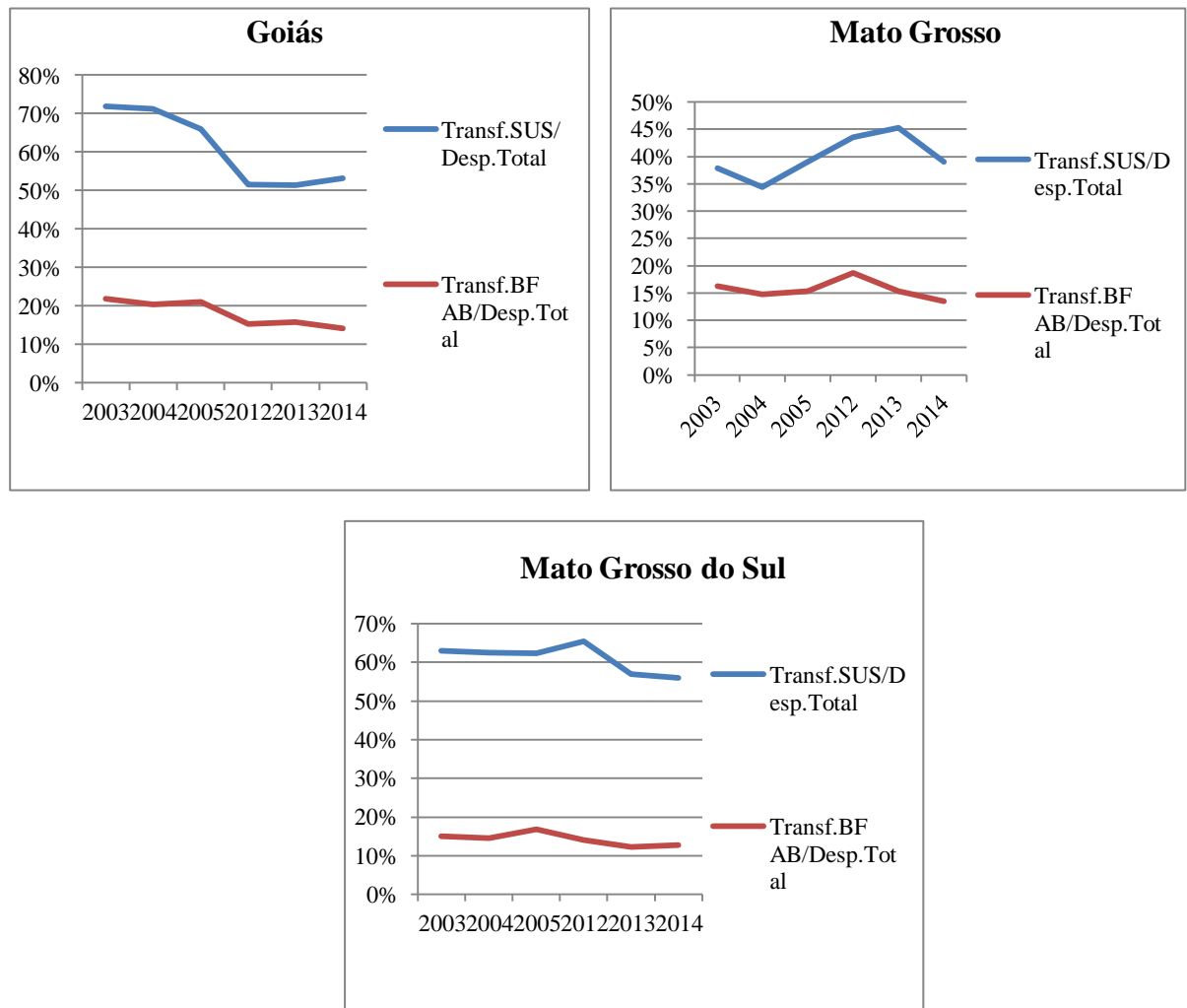
Gráfico 1 - Evolução dos Repasses do FNS ao BF AB do Município de Colzina (MT)



Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do FNS (2015).

Outra abordagem proposta é analisar o quanto da despesa total empenhada para saúde dos municípios é financiado pelas transferências do SUS. Assim, verificou-se se há relação positiva entre: (i) o percentual de transferências do SUS / Despesa total com saúde; e (ii) o percentual de transferências para o BF AB / Despesa total com saúde. Os dados do item “(i)” foram coletados no endereço eletrônico do SIOPS e do item “(ii)” foram produzidos com base nos dados da despesa total empenhada com saúde e das transferências específicas para o bloco da AB. A Figura 2 demonstra essa relação, em que os municípios foram agrupados por estado e Distrito Federal.

Figura 2 – Comparação entre o percentual de transferência total do SUS e transferência para o bloco de AB \*



Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do SIOPS e FNS (2015).

A Figura 2 demonstra o comportamento similar entre as variáveis de Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. A relação positiva encontrada nos três mencionados estados reflete a relevância conferida a esse bloco, que variou proporcionalmente às transferências totais do SUS. Dessa forma, também pela análise por grupo de municípios, infere-se que o PS apresentou efeitos positivos sobre o financiamento do bloco da AB na amostra considerada no presente trabalho.

\* Média dos municípios da amostra por Estado.

## 5. CONCLUSÃO

O estudo buscou identificar o efeito do Pacto pela Saúde no financiamento da saúde pública pela delimitação da análise em um dos seis blocos de repasse, o da Atenção Básica. A fim de garantir representatividade aos resultados do estudo proposto e pelo fato de a Atenção Básica representar um dos principais gastos de saúde dos municípios, selecionou-se uma amostra capaz de exprimir essas particularidades da proposta.

Pelos resultados obtidos para os municípios do Centro-oeste do país, considerados na pesquisa, observou-se que os repasses da União para o bloco da AB aumentaram para muitos municípios após a publicação e adesão ao PS. De forma similar, percebeu-se um aumento no percentual de despesa total empenhada com saúde. Além disso, foi possível notar que, na amostra selecionada, as transferências feitas ao bloco da AB exibiram o mesmo comportamento que as transferências totais do SUS nos três estados, exceto no Distrito Federal. Sendo assim, à medida que um aumento nas transferências totais gera aumento simultâneo nas transferências para a AB, denota-se relevância do bloco para o sistema como um todo.

Ademais, foi possível concluir que, já que o PAB Fixo possui valor mínimo obrigatório, a variação percentual do montante transferido ocorre mais veementemente no componente variável do piso. Além disso, constatou-se que a AB está relativamente consolidada entre os municípios, visto que os resultados do IDSUS de 2010 para essa modalidade podem ser considerados consistentes com os valores de financiamento.

Na análise dos repasses ao longo do período considerado na pesquisa (pré e pós PS), constatou-se comportamento bastante similar entre os Grupos e o DF, em especial de 2005 a 2012 (Pacto pela Saúde publicado em 2006), em que 87% da amostra apresentou crescimento significativo. Quanto à despesa total empenhada no mesmo período, apenas Nova Xavantina/MT foi reduzida.

Considerando os resultados, ressalta-se que a avaliação de uma política pública costuma exprimir certo grau de complexidade devido aos aspectos adjacentes mencionados ao longo do estudo, tais como: a burocracia no serviço público, os interesses políticos, os impasses partidários, a governança particular a cada gestor, assim como, suas condutas morais, éticas e profissionais. Além disso, um ponto fundamental para o sucesso de uma política é o monitoramento e fiscalização de sua implementação.

Apesar disso, pode-se observar a validade do PS quanto à melhoria do financiamento público para a saúde, no que se refere à AB dos municípios do Centro-Oeste. Vale ressaltar a

importância de se aprofundar a análise aqui desenvolvida, visto que em 2013, período marcado pelos efeitos da crise de 2012, 87% da amostra apontaram queda no repasse. Quanto à despesa total empenhada essa queda foi menor, atingindo cerca de 40% da amostra.

Há que se considerar ainda, que a partir da amostra selecionada não é possível estender os resultados obtidos. Por fim, sugere-se um estudo sobre o financiamento dos blocos com recursos próprios dos municípios, fazendo um corte temporal que abarque gestões diferentes, de forma que leve em consideração o desempenho de governantes. Outra abordagem seria analisar o financiamento da saúde como um todo, aliando os recursos próprios aos repasses. Por último, tem-se ainda proposta de definição de programas do governo federal, que podem ser considerados receptores de maior repasse no componente variável da AB, verificando se tais programas exprimem e suprem as reais e maiores necessidades de saúde da população.

## REFERÊNCIAS

ARANTES, L. J.; HOEBERT, J. P.; SILVA, E. V. da.; SHIMIZU, H. E.; SOUSA, M. F. de.; PEREIRA, M. F. Caracterização da atenção básica em três municípios de Minas Gerais, Brasil: uma análise de casos. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, 2011. Disponível em: <<http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewArticle/1059>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

ASSIS, A.; CRUZ, V. de. S.; TRENTIN, E. F.; LUCIO, H. M. de.; MEIRA, A.; MONTEIRO, J. C. K.; CRIA, S. M.; FOCESI, M. R.; CIELO, C. A.; GUERRA, L. M.; FARIAS, R. M. S. Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, supl. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s1/03.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

BARBOSA, E. C. 25 Anos do Sistema Único de Saúde: conquistas e desafios. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, São Paulo, v. 2, n. 2, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/51>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender o Pacto pela Saúde 2006, de 29/05/2006. Nota técnica 13, 2006d. Disponível em: <[http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CCgQFjACahUKEwj\\_to6FrYvJAhXBfZAKHQwpCn0&url=http%3A%2F%2Fobservasaude.fundap.sp.gov.br%2Fpacto%2FAcervo%2FCONASS\\_NT%252013\\_2006.pdf&usq=AFQjCNGkWQJP\\_XQucxmgtLg01dcP7rB01Q&bvm=bv.107406026,d.Y2I](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CCgQFjACahUKEwj_to6FrYvJAhXBfZAKHQwpCn0&url=http%3A%2F%2Fobservasaude.fundap.sp.gov.br%2Fpacto%2FAcervo%2FCONASS_NT%252013_2006.pdf&usq=AFQjCNGkWQJP_XQucxmgtLg01dcP7rB01Q&bvm=bv.107406026,d.Y2I)>. Acesso em: 18 de setembro de 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)>. Acesso em: 03 set. 2015.

BRASIL. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo;



revoga dispositivos das Leis n<sup>os</sup> 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso em: 09 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. LEI Nº 8.080, de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 14 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Emenda Constitucional Nº29, de 13/09/2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, 2000. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm)>. Acesso em: 28 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 29 jan. 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)>. Acesso em: 05 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOASSUS 01/2002 e Portaria MS/GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno%20NOAS%2002.pdf>>. Acesso em 05 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 399 de 22/02/2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, 2006a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 23 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 648 de 28/03/2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes normas para a organização da

Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html)>. Acesso em: 23 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 698/GM 30/03/2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS, em 2006b. Disponível em <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/PortGM\\_698\\_30marco\\_2006.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/PortGM_698_30marco_2006.pdf)>. Acesso em: 02 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 699/GM de 30/03/2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão, em 2006c. Disponível em <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/PortGM\\_699\\_30marco\\_2006.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/PortGM_699_30marco_2006.pdf)>. Acesso em: 05 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 91 de 10/01/2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto Pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal, 2007b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0091\\_10\\_01\\_2007\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0091_10_01_2007_comp.html)>. Acesso em: 5 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 153 de 17/01/2007. Prorroga o prazo para assinatura do Termo de Compromisso de Gestão por municípios, estados e Distrito Federal, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0153\\_17\\_01\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0153_17_01_2007.html)>. Acesso em: 5 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 204 de 29/01/2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle, 2007a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html)>. Acesso em: 23 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 837 de 23/04/2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de

Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837\\_23\\_04\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html)>. Acesso em: 5 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 2.488 de 21/10/2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 5 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 1.408 de 10/07/2013. Incorpora os recursos financeiros destinados ao financiamento da Estratégia Compensação de Especificidades Regionais – CER à parte fixa do Piso de Atenção Básica – PAB fixo e revoga dispositivos da Portaria nº 204/GM/MS, de 29.01.2007, e da Portaria nº 399/GM/MS, de 22.02.2006, 2013b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1408\\_10\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1408_10_07_2013.html)>. Acesso em: 5 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 1.409 de 10/07/2013. 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 FNS aos Fundos de Saúde dos Municípios e do DF, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB, 2013c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1409\\_10\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1409_10_07_2013.html)>. Acesso em: 5 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 2.135 de 25/09/2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2013a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135\\_25\\_09\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html)>. Acesso em: 5 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. FNS – FUNDO NACIONAL DE SAÚDE, 2015a. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>>. Acesso em: 28 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. IDSUS – Índice de Desenvolvimento do Sistema único de Saúde, 2012, 2015b. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 28 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, 2015c. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops?start=30>>. Acesso em: 28 jul. 2015.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Bahia, v. 33, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/225>>. Acesso em: 26 ago. 2015.

FADEL, C. B.; SCHNEIDER, L.; MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, N. A. 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, mar./abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a08.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

FREITAS, M. de L. de A.; MANDÚ, E. N. T. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. *Acta Paulista de Enfermagem*, Cuiabá, v. 23, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/08.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2015.

GUERRA, M. Modelo de alocação de recursos do Sistema Único de Saúde para organizações hospitalares: serviços de alta complexidade. *Universidade de Brasília*, Brasília, 2013.

HADDAD, A. E.; BRENELLI, S. L.; PASSARELLA, T. M.; RIBEIRO, T. C. V. Política Nacional de Educação na Saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Bahia, v. 32, supl. 1, out. 2008. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/1463/1099>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao.shtm>>. Acesso em: 05 out. 2015.

LIMA, L. D. de.; QUEIROZ, L. F. N. de.; MACHADO, C. V.; VIANA, A. L. d'Á. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência&Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n7/30.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

LINHARES, P. H. A.; LIRA, G. V.; ALBUQUERQUE, I. M. N. Avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no estado do Ceará. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0195.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2015.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. *Revista APS*, Minas Gerais, v. 12, n. 2, abr./jun. 2009. Disponível em: <[http://www.researchgate.net/profile/Marcelo\\_Demarzo/publication/255485839\\_ATENO\\_BSI\\_CA\\_E\\_ATENO\\_PRIMRIA\\_SADE\\_-\\_ORIGENS\\_E\\_DIFERENAS\\_CONCEITUAIS\\_Basic\\_care\\_and\\_primary\\_health\\_care\\_-\\_origins\\_and\\_conceptual\\_differences/links/00b495201f84bc5230000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Marcelo_Demarzo/publication/255485839_ATENO_BSI_CA_E_ATENO_PRIMRIA_SADE_-_ORIGENS_E_DIFERENAS_CONCEITUAIS_Basic_care_and_primary_health_care_-_origins_and_conceptual_differences/links/00b495201f84bc5230000000.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2015.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, out./dez. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000400900](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400900)>. Acesso em: 18 ago. 2015.

NASCIMENTO, A. A. M. do.; DAMASCENO, A. K.; SILVA, M. J. da.; SILVA, M. V. S. da.; FEITOZA, A. R. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. *Cogitare Enferm*, Fortaleza, v. 14, n. 2, abr./jun. 2009. Disponível em: <[https://portais.ufg.br/up/19/o/texto\\_debate\\_prof\\_nelson-regula\\_o\\_em\\_saude.pdf](https://portais.ufg.br/up/19/o/texto_debate_prof_nelson-regula_o_em_saude.pdf)>. Acesso em: 26 ago. 2015.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C. A.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Séries*, Bahia, v. 1, maio. 2011. Disponível em: <<http://www.cpgss.pucgoias.edu.br/ArquivosUpload/31/file/O%20SISTEMA%20DE%20SAUDE%20BRASILEIRO.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A. de.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2015.

PORTAL BRASIL. Disponível em: <<http://www.portalbrasil.net/ipca.htm>>. Acesso em: 02 set. 2015.

SANTO, A. C. G. do. E.; FERNANDO, V. C. N.; BEZERRA, A. F. B. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, 2000 a 2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, Pernambuco, v. 17, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n4/v17n4a09>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

SILVA, S. F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Brasília, v. 16, n. 6, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2015.

SILVA, J. P. da. Análise financeira das empresas. 7ª edição. São Paulo: Atlas, 2005. 535 p.

SIMÃO, J. B. Um estudo sobre a distribuição das transferências condicionais no setor de saúde no Brasil. *Fundação Getúlio Vargas*, São Paulo, 2013.

SIMÃO, E.; ALBUQUERQUE, G. L. de.; ERDMANN, A. L. Atenção básica no Brasil (1980-2006): alguns destaques. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 8, n. 2, maio./ago. 2007. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/653>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Financiamento da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/76411/80118>>. Acesso em: 28 ago. 2015.

## APÊNDICE

Tabela A 1 – Despesa total empenhada – valores corrigidos pelo IPCA

Est.	Municípios	2003	2004	2005	2012	2013	2014
GO	Goianápolis	223.201,86	601.566,78	<b>824.768,64</b>	231.885,73	839.528,72	<b>1.071.414,45</b>
	Britânia	171.505,01	342.909,41	<b>514.414,42</b>	162.801,66	354.437,10	<b>517.238,76</b>
	Senador Canedo	1.154.924,39	2.968.928,21	<b>4.123.852,60</b>	1.296.308,14	3.594.096,34	<b>4.890.404,48</b>
	Hidrolândia	266.216,61	800.064,84	<b>1.066.281,45</b>	276.892,72	823.796,62	<b>1.100.689,34</b>
	Goiânia	25.481.496,79	12.939.916,45	<b>38.421.413,24</b>	25.951.710,65	15.967.588,52	<b>41.919.299,18</b>
	Águas Lindas de Goiás	2.397.943,95	1.363.334,26	<b>3.761.278,21</b>	2.575.601,64	1.712.753,14	<b>4.288.354,77</b>
	Mineiros	799.330,48	126.212,89	<b>925.543,37</b>	822.685,16	399.342,39	<b>1.222.027,55</b>
	Santa Rita do Araguaia	102.586,43	209.578,51	<b>312.164,94</b>	104.673,42	232.277,17	<b>336.950,60</b>
	Caiapônia	292.848,56	474.275,56	<b>767.124,12</b>	302.103,11	514.413,57	<b>816.516,68</b>
Aparecida de Goiânia	7.217.962,84	2.922.787,27	<b>10.140.750,11</b>	7.577.621,50	2.796.943,87	<b>10.374.565,38</b>	
MT	Nova Ubiratã	121.850,08	185.406,95	<b>307.257,02</b>	128.328,99	212.944,92	<b>341.273,91</b>
	Sorriso	775.745,57	1.109.945,58	<b>1.885.691,15</b>	824.281,02	1.543.858,09	<b>2.368.139,12</b>
	Feliz Natal	147.429,41	366.548,73	<b>513.978,14</b>	155.689,08	421.716,92	<b>577.406,01</b>
	Nova Nazaré	39.334,56	167.679,70	<b>207.014,26</b>	39.790,38	194.735,85	<b>234.526,23</b>
	Canarana	323.880,92	675.836,88	<b>999.717,80</b>	336.665,39	801.723,33	<b>1.138.388,72</b>
	Colniza	222.252,13	316.031,81	<b>538.283,95</b>	242.511,05	387.433,60	<b>629.944,65</b>
	Nova Xavantina	495.441,33	850.428,50	<b>1.345.869,83</b>	467.491,21	932.284,87	<b>1.399.776,08</b>
	Alto Taquari	93.698,56	189.345,35	<b>283.043,91</b>	97.376,29	207.604,19	<b>304.980,48</b>
	Várzea Grande	4.451.033,82	937.759,24	<b>5.388.793,06</b>	5.231.173,64	1.029.814,58	<b>6.260.988,22</b>
Aripuanã	304.292,78	162.851,92	<b>467.144,70</b>	322.838,07	748.520,58	<b>1.071.358,64</b>	
MS	Taquarussu	74.039,20	188.474,77	<b>262.513,96</b>	73.219,82	198.343,45	<b>271.563,27</b>
	Laguna Carapã	112.606,06	339.995,92	<b>452.601,98</b>	115.392,54	358.602,57	<b>473.995,11</b>
	Campo Grande	15.666.305,00	7.015.400,45	<b>22.681.705,45</b>	15.957.226,44	13.420.212,26	<b>29.377.438,70</b>
	Dourados	3.816.726,46	3.180.443,76	<b>6.997.170,23</b>	3.934.487,97	4.389.121,45	<b>8.323.609,42</b>
	Paranaíba	803.180,83	578.595,64	<b>1.381.776,47</b>	884.820,33	1.701.781,58	<b>2.586.601,91</b>
	Porto Murtinho	264.665,39	423.586,51	<b>688.251,90</b>	268.934,62	412.166,09	<b>681.100,71</b>
	Santa Rita do Pardo	135.249,15	98.217,68	<b>233.466,83</b>	142.617,23	206.001,22	<b>348.618,46</b>
	Deodápolis	223.565,92	150.215,28	<b>373.781,20</b>	219.379,89	305.901,91	<b>525.281,79</b>
	Miranda	465.271,64	322.139,75	<b>787.411,39</b>	475.214,31	458.231,76	<b>933.446,07</b>
Itaquiraí	321.593,66	791.901,53	<b>1.113.495,19</b>	333.737,92	862.104,09	<b>1.195.842,01</b>	
DF	Brasília	48.491.075,77	4.402.789,31	<b>52.893.865,08</b>	49.474.594,18	1.230.341,18	<b>50.704.935,36</b>

PS 2006

Fonte: elaborada pela autora com base nos dados do SIOPS (2015).

Tabela A 2 – Repasse ao bloco da Atenção Básica – valores corrigidos pelo IPCA

Es.	Municípios	2003			2004			2005		
		PAB Fixo	PAB Var.	Total	PAB Fixo	PAB Var.	Total	PAB Fixo	PAB Var.	Total
GO	Goianápolis	223.202	601.567	<b>824.769</b>	231.886	839.529	<b>1.071.414</b>	266.512	910.288	<b>1.176.800</b>
	Britânia	171.505	342.909	<b>514.414</b>	162.802	354.437	<b>517.239</b>	153.692	316.067	<b>469.759</b>
	Senador Canedo	1.154.924	2.968.928	<b>4.123.853</b>	1.296.308	3.594.096	<b>4.890.404</b>	1.410.943	4.577.063	<b>5.988.007</b>
	Hidrolândia	266.217	800.065	<b>1.066.281</b>	276.893	823.797	<b>1.100.689</b>	317.133	902.354	<b>1.219.487</b>
	Goiânia	25.481.497	12.939.916	<b>38.421.413</b>	25.951.711	15.967.589	<b>41.919.299</b>	26.040.108	15.298.647	<b>41.338.755</b>
	Águas Lindas de Goiás	2.397.944	1.363.334	<b>3.761.278</b>	2.575.602	1.712.753	<b>4.288.355</b>	3.000.834	1.603.648	<b>4.604.482</b>
	Mineiros	799.330	126.213	<b>925.543</b>	822.685	399.342	<b>1.222.028</b>	941.810	199.844	<b>1.141.654</b>
	Santa Rita do Araguaia	102.586	209.579	<b>312.165</b>	104.673	232.277	<b>336.951</b>	119.442	163.986	<b>283.428</b>
	Caiapônia	292.849	474.276	<b>767.124</b>	302.103	514.414	<b>816.517</b>	352.713	490.113	<b>842.826</b>
	Aparecida de Goiânia	7.217.963	2.922.787	<b>10.140.750</b>	7.577.622	2.796.944	<b>10.374.565</b>	8.748.236	4.026.731	<b>12.774.966</b>
MT	Nova Ubiratã	121.850	185.407	<b>307.257</b>	128.329	212.945	<b>341.274</b>	148.297	213.006	<b>361.303</b>
	Sorriso	775.746	1.109.946	<b>1.885.691</b>	824.281	1.543.858	<b>2.368.139</b>	959.578	2.322.298	<b>3.281.876</b>
	Feliz Natal	147.429	366.549	<b>513.978</b>	155.689	421.717	<b>577.406</b>	180.196	487.897	<b>668.093</b>
	Nova Nazaré	39.335	167.680	<b>207.014</b>	39.790	194.736	<b>234.526</b>	45.237	176.905	<b>222.142</b>
	Canarana	323.881	675.837	<b>999.718</b>	336.665	801.723	<b>1.138.389</b>	387.203	2.652.686	<b>3.039.888</b>
	Colniza	222.252	316.032	<b>538.284</b>	242.511	387.434	<b>629.945</b>	295.912	365.388	<b>661.299</b>
	Nova Xavantina	495.441	850.429	<b>1.345.870</b>	467.491	932.285	<b>1.399.776</b>	445.006	912.036	<b>1.357.042</b>
	Alto Taquari	93.699	189.345	<b>283.044</b>	97.376	207.604	<b>304.980</b>	111.921	186.343	<b>298.264</b>
	Várzea Grande	4.451.034	937.759	<b>5.388.793</b>	5.231.174	1.029.815	<b>6.260.988</b>	5.267.159	2.374.468	<b>7.641.626</b>
	Aripuanã	304.293	162.852	<b>467.145</b>	322.838	748.521	<b>1.071.359</b>	377.615	1.633.639	<b>2.011.254</b>
MS	Taquarussu	74.039	188.475	<b>262.514</b>	73.220	198.343	<b>271.563</b>	72.092	197.144	<b>269.236</b>
	Laguna Carapã	112.606	339.996	<b>452.602</b>	115.393	358.603	<b>473.995</b>	131.915	496.600	<b>628.516</b>
	Campo Grande	15.666.305	7.015.400	<b>22.681.705</b>	15.957.226	13.420.212	<b>29.377.439</b>	16.040.109	14.375.282	<b>30.415.391</b>
	Dourados	3.816.726	3.180.444	<b>6.997.170</b>	3.934.488	4.389.121	<b>8.323.609</b>	3.950.460	4.561.837	<b>8.512.297</b>
	Paranaíba	803.181	578.596	<b>1.381.776</b>	884.820	1.701.782	<b>2.586.602</b>	883.987	2.117.027	<b>3.001.014</b>
	Porto Murtinho	264.665	423.587	<b>688.252</b>	268.935	412.166	<b>681.101</b>	306.091	947.494	<b>1.253.585</b>
	Santa Rita do Pardo	135.249	98.218	<b>233.467</b>	142.617	206.001	<b>348.618</b>	170.267	145.394	<b>315.661</b>
	Deodápolis	223.566	150.215	<b>373.781</b>	219.380	305.902	<b>525.282</b>	241.337	304.916	<b>546.253</b>
	Miranda	465.272	322.140	<b>787.411</b>	475.214	458.232	<b>933.446</b>	542.543	1.423.716	<b>1.966.259</b>
	Itaquiraí	321.594	791.902	<b>1.113.495</b>	333.738	862.104	<b>1.195.842</b>	389.043	1.022.947	<b>1.411.990</b>
DF	Brasília	48.491.076	4.402.789	<b>52.893.865</b>	49.474.594	1.230.341	<b>50.704.935</b>	49.753.115	8.276.186	<b>58.029.300</b>

Fonte: elaborada pela autora com base nos dados do FNS (2015).



Continuação Tabela A 2 – Repasse ao bloco da Atenção Básica – valores corrigidos pelo IPCA

Est.	Municípios	2012			2013			2014		
		PAB Fixo	PAB Var.	Total	PAB Fixo	PAB Var.	Total	PAB Fixo	PAB Var.	Total
GO	Goianópolis	321.912	1.335.583	<b>1.657.495</b>	280.781	1.270.070	<b>1.550.851</b>	358.381	1.110.863	<b>1.469.244</b>
	Britânia	166.217	538.557	<b>704.774</b>	145.353	458.355	<b>603.709</b>	155.232	484.938	<b>640.170</b>
	Senador Canedo	2.386.381	7.610.207	<b>9.996.588</b>	2.316.022	6.485.857	<b>8.801.879</b>	2.318.576	7.351.227	<b>9.669.803</b>
	Hidrolândia	531.398	1.796.478	<b>2.327.876</b>	647.891	1.594.083	<b>2.241.974</b>	603.439	1.417.102	<b>2.020.541</b>
	Goiânia	31.504.142	38.056.407	<b>69.560.549</b>	28.988.961	34.546.936	<b>63.535.897</b>	30.833.293	32.622.083	<b>63.455.376</b>
	Águas Lindas de Goiás	4.096.159	2.037.360	<b>6.133.518</b>	3.834.699	2.990.090	<b>6.824.789</b>	4.019.448	4.853.564	<b>8.873.012</b>
	Mineiros	1.730.277	1.916.966	<b>3.647.243</b>	1.328.655	1.824.978	<b>3.153.633</b>	1.430.936	2.587.841	<b>4.018.777</b>
	Santa Rita do Araguaia	211.726	326.983	<b>538.709</b>	187.813	273.230	<b>461.043</b>	201.656	232.245	<b>433.901</b>
	Caiapônia	508.074	832.737	<b>1.340.811</b>	528.777	845.226	<b>1.374.002</b>	478.016	837.795	<b>1.315.811</b>
Aparecida de Goiânia	11.816.357	9.701.069	<b>21.517.425</b>	10.594.130	8.989.621	<b>19.583.751</b>	11.733.646	11.270.055	<b>23.003.701</b>	
MT	Nova Ubiratã	283.877	1.116.962	<b>1.400.839</b>	301.337	887.504	<b>1.188.841</b>	273.196	767.473	<b>1.040.669</b>
	Sorriso	1.890.265	5.814.747	<b>7.705.012</b>	1.910.151	5.497.974	<b>7.408.125</b>	1.850.940	5.838.031	<b>7.688.971</b>
	Feliz Natal	336.575	1.048.261	<b>1.384.835</b>	332.011	1.042.580	<b>1.374.591</b>	441.413	829.878	<b>1.271.291</b>
	Nova Nazaré	93.068	389.825	<b>482.893</b>	82.961	250.083	<b>333.044</b>	89.236	233.239	<b>322.475</b>
	Canarana	570.461	1.732.780	<b>2.303.241</b>	503.277	1.513.107	<b>2.016.384</b>	539.280	1.362.723	<b>1.902.003</b>
	Colniza	887.962	1.691.746	<b>2.579.708</b>	745.541	1.495.511	<b>2.241.052</b>	806.680	1.317.165	<b>2.123.845</b>
	Nova Xavantina	594.456	1.629.634	<b>2.224.090</b>	521.540	1.374.524	<b>1.896.064</b>	557.676	1.480.393	<b>2.038.069</b>
	Alto Taquari	360.043	633.974	<b>994.017</b>	207.129	551.615	<b>758.744</b>	223.990	576.640	<b>800.630</b>
	Várzea Grande	6.419.198	3.813.499	<b>10.232.697</b>	6.071.473	3.092.197	<b>9.163.670</b>	7.409.860	4.263.937	<b>11.673.798</b>
Aripuanã	569.705	1.364.862	<b>1.934.567</b>	504.693	1.056.541	<b>1.561.234</b>	541.632	871.395	<b>1.413.027</b>	
MS	Taquarussu	105.921	327.932	<b>433.853</b>	117.357	266.399	<b>383.757</b>	192.371	314.818	<b>507.189</b>
	Laguna Carapã	197.091	496.449	<b>693.540</b>	173.534	381.024	<b>554.559</b>	185.808	511.220	<b>697.028</b>
	Campo Grande	19.032.179	31.106.211	<b>50.138.390</b>	18.269.477	31.700.878	<b>49.970.355</b>	18.524.131	34.562.153	<b>53.086.284</b>
	Dourados	4.985.243	11.003.191	<b>15.988.434</b>	4.645.241	9.060.367	<b>13.705.608</b>	5.484.169	8.632.153	<b>14.116.322</b>
	Paranaíba	1.212.828	3.332.109	<b>4.544.937</b>	1.104.771	2.875.820	<b>3.980.591</b>	1.132.936	2.918.596	<b>4.051.532</b>
	Porto Murtinho	466.345	649.939	<b>1.116.284</b>	441.781	562.292	<b>1.004.073</b>	557.666	645.486	<b>1.203.152</b>
	Santa Rita do Pardo	219.591	453.085	<b>672.676</b>	224.489	461.484	<b>685.972</b>	325.864	538.950	<b>864.814</b>
	Deodápolis	366.761	1.040.108	<b>1.406.868</b>	321.218	920.217	<b>1.241.435</b>	343.252	1.270.655	<b>1.613.907</b>
	Miranda	774.972	956.855	<b>1.731.827</b>	698.456	829.218	<b>1.527.674</b>	795.831	947.144	<b>1.742.975</b>
Itaquiraí	565.351	1.961.942	<b>2.527.293</b>	497.945	1.964.771	<b>2.462.717</b>	603.634	1.544.950	<b>2.148.584</b>	
DF	Brasília	62.532.921	31.357.065	<b>93.889.987</b>	56.395.664	37.839.590	<b>94.235.255</b>	60.916.236	39.519.284	<b>100.435.520</b>

Fonte: elaborada pela autora com base nos dados do FNS (2015).