



Ministério da Educação – Brasil
 Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM
 Minas Gerais – Brasil
 Revista Vozes dos Vales: Publicações Acadêmicas
 Reg.: 120.2.095 – 2011 – UFVJM
 ISSN: 2238-6424
 QUALIS/CAPES – LATINDEX
 Nº. 14 – Ano VII – 10/2018
<http://www.ufvjm.edu.br/vozes>

RECURSOS FINANCEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: uma breve discussão

Prof. Dr. Wellington de Oliveira

Doutor em Educação pela Universidade Federal de Minas Gerais – Brasil
 Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM - Brasil

<http://lattes.cnpq.br/5091215909632321>

E-mail: welltha@terra.com.br

Karlyone Elizarda Martins de Souza Ferreira
 Mestranda em Ensino em Saúde pela UFVJM - Brasil

<http://lattes.cnpq.br/6637651106375334>

E-mail: karlyoneferreira@gmail.com

Rogério de Assis Teixeira

Mestre em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro - Brasil

<http://lattes.cnpq.br/7162312446488488>

Cleya da Silva Santana Cruz

Doutoranda em Ciências da Saúde pela UFMG – Brasil

<http://lattes.cnpq.br/7103222575315630>

E-mail: cleya.santana@saude.mg.gov.br

Prof^a. Dr^a. Liliane da Consolação Campos Ribeiro

Docente do Mestrado Ensino em Saúde e do Departamento de Enfermagem da
 Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM - Brasil

<http://lattes.cnpq.br/4721367057858836>

E-mail: liliane.consolação@ufvjm.edu.br

Resumo: A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível da Rede de Atenção em Saúde, o centro coordenador da assistência e deve possuir um percentual significativo de resolutividade que garanta a promoção da saúde e a prevenção da maioria dos agravos da população, bem como a assistência e a reabilitação dos indivíduos. Este artigo tem o objetivo discutir a rede de atenção primária do SUS, o planejamento, a organização, a utilização e aplicação dos recursos financeiros destinados ao financiamento da APS. A pesquisa foi efetuada com base em revisão bibliográfica e análise dos dispositivos legais de referência, com a intenção de propiciar aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) um instrumento que contribua para a tomada de decisão.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Financiamento Governamental, Financiamento da Assistência à Saúde, Organização e Administração.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde representa o primeiro nível do Sistema de Atenção em Saúde e compreende um rol de ações voltado para o indivíduo, a família e a coletividade, com o intuito de promover a saúde integral, a prevenção de danos e agravos, o diagnóstico para o tratamento e a reabilitação dos cidadãos, devendo ser resolutiva em 85% dos casos, conforme preceitua Mendes (2009).

Composta principalmente pelas: Estratégia de Saúde da Família (ESF), Saúde Bucal(SB) e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), é organizada para ser a principal porta de entrada, o centro ordenador da Rede de Atenção à Saúde, pautada pela universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização, equidade e participação social, de forma que a equipe multidisciplinar atenda às necessidades da população.

Apesar de não exigir alta densidade tecnológica para o seu funcionamento, a APS requer da gestão a utilização eficiente e responsável dos recursos disponíveis, compreendendo a visão de gerenciamento do serviço e dos recursos humanos, planejamento e compromisso com o Sistema Único de Saúde (SUS), como forma de enfrentar os desafios, proporcionando a estruturação do serviço.

A necessidade de organização da Atenção Primária e otimização dos gastos com a saúde requer o preparo dos gestores, tanto na elaboração dos instrumentos que norteiam a gestão quanto na estrita observância às normas estabelecidas para

que sejam produzidos serviços e ações que realmente impactem na saúde da população.

Considerando a vivência rotineira da dificuldade dos gestores na classificação, na apropriação, no enquadramento correto dos gastos com os recursos destinados à Atenção Primária, foi apresentado neste artigo um apontamento sobre a rede de atenção primária, o planejamento, os normativos relacionados ao financiamento do Governo Federal para o Bloco de Custeio e Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde e para o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Em relação ao Governo de Minas Gerais, foi tratado a destinação do recurso financeiro referente ao Programa de Cofinanciamento que, junto com as outras fontes constitui suporte para o desenvolvimento das ações descritas na Relação Nacional de Ações e Serviços da Saúde (RENASES) e na melhoria da rede física das Unidades de Saúde.

Assim, este artigo tem o objetivo de discutir a rede de atenção primária do SUS, o planejamento, a organização, a utilização e aplicação dos recursos financeiros destinados ao financiamento da APS.

A Rede de Atenção Primária do SUS

A Atenção Primária à Saúde

A Declaração de Alma-Ata, datada de 1978 e aprovada pela Organização Mundial de Saúde em 1979, já apontava a Atenção Primária à Saúde como a principal estratégia para o alcance da promoção e assistência à saúde para todos os indivíduos (ALEIXO, 2000).

É compreendida como uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, investindo nos problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Além disso, coordena o cuidado integrado e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a suas enfermidades (STARFIELD, 2002).

A Atenção Primária está centralizada na Estratégia Saúde da Família (ESF), que sucedeu o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, conforme a Lei 8.080/90, normativo este que regula as ações e os serviços de saúde,

estabelecendo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que norteiam e sustentam o atual modelo (SILVA *et al.*, 2013).

O Ministério da Saúde do Brasil propôs o PSF inicialmente, como forma de operacionalizar um modelo assistencial voltado para a produção de cuidados de saúde, com foco na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social.

O esforço de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil apresentou novas perspectivas a partir do conceito de ampliação do PSF e com o advento da Estratégia Saúde da Família (ESF). A redefinição do modelo assistencial foi importante para a inclusão do conceito da territorialização, que permitiu a abordagem familiar entre os profissionais de saúde e o usuário. Pode-se concluir que o investimento realizado pelo país na construção de uma ampla rede básica representa um patrimônio importante para a população brasileira, não se podendo desprezar o crescente investimento material e humano, para que se possa alcançar a equidade, a universalidade e a integralidade dentro do SUS (CAMPOS, 2006).

As Principais Estratégias da Atenção Primária à Saúde

O Ministério da Saúde do Brasil e a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais desenvolveram programas essenciais de saúde, voltados para a Atenção Primária, com o intuito de garantir a cobertura de toda a população, oferecendo serviços que atendam às maiores necessidades da comunidade em seu território.

Embora seja desafiador, estas estratégias permitem o atendimento de forma igualitária para todos os grupos socioeconômicos, independentemente do nível de renda e do grau de escolaridade dos indivíduos (VIEGAS *et al.*, 2013).

O Departamento de Atenção Básica (DAB) conceitua a Estratégia Saúde da Família (ESF) como tática para a expansão, qualificação e consolidação da atenção primária com fulcro na reorientação do processo de trabalho, resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e comunidade, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (DAB, 2018).

As equipes da ESF devem ser multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar ou técnico em saúde bucal, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), conforme a

realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população. Tais equipes são alocadas nas UBS, sendo necessária a garantia da estrutura física adequada à execução do conjunto de ações por parte das secretarias municipais de saúde, podendo contar com o apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

A Odontologia foi inserida na ESF por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) no ano 2000, com a inclusão do cirurgião-dentista na equipe, a fim de possibilitar a atenção integral aos usuários. A intenção seria remodelar a prática assistencialista e curativista até então praticada, para uma proposta de promoção, prevenção e recuperação da saúde oral.

A Portaria de Consolidação nº 2/2017 prevê a possibilidade de implantação de duas modalidades de equipes de Saúde Bucal, com a presença do cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal e auxiliar em saúde bucal, além das Unidades Odontológicas Móveis, onde profissionais das duas modalidades podem operar (BRASIL,2017)

Já a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) possibilita a reorganização inicial da atenção primária, com vistas à gradual agregação da Estratégia de Saúde da Família. O número de ACS deverá ser definido de acordo com a base populacional, os aspectos demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos da área de abrangência. Cada agente comunitário será responsável por uma micro área com no máximo 750 pessoas cujas ações serão supervisionadas por um profissional da enfermagem (BRASIL, 2017).

Outro Programa instituído pelo Governo federal foi o Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) instituído com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços da Atenção Primária, por meio da avaliação da rede física, dos processos de trabalho e da atuação dos profissionais, possibilitando o aporte de recursos financeiros conforme o desempenho alcançado (BRASIL,2011).

Já o Governo do Estado de Minas Gerais lançou em 2016 o Programa de Cofinanciamento da Atenção Primária, dando continuidade às ações sistemáticas para promover a ampliação do acesso à APS e o incremento qualitativo da rede

física, equipamentos e processos de trabalho, tendo como foco o fortalecimento da ESF. (MINAS GERAIS,2016).

Organização e a utilização dos recursos financeiros destinados ao financiamento da APS

O financiamento da saúde envolve as três esferas de gestão, ou seja, Governo Federal, Estadual e Municipal. A alocação dos recursos deve ser pautada por um planejamento que contemple o conhecimento sobre o território e as variáveis demográficas, epidemiológicas e sanitárias, além do desempenho no cumprimento dos objetivos e metas fixadas.

O financiamento da atenção Básica deve ser tripartite e com detalhamento apresentado pelo Plano Municipal de Saúde garantido nos instrumentos conforme especificado no Plano Nacional, Estadual e Municipal de gestão do SUS. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de atenção básica à saúde, compõe o Bloco de Financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do Bloco de Financiamento de Investimento. Seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de atenção básica (PNAB, 2017 Cap. I, item 6).

Na concepção de Pinto (2012), novos desenhos de financiamento favorecem os municípios com maiores necessidades e aqueles que se esforçam para alcançar melhores resultados. Essa premissa da gestão por resultados qualifica e promove a melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde, mas pode avançar no que concerne à aplicação dos recursos (SILVEIRA; PEREIRA, 2013).

A Emenda Complementar 29/2000 representou um avanço no direcionamento das fontes de financiamento do SUS, pois além de definir a participação de cada esfera de governo, garantiu a aplicação mínima do percentual de recursos. Posteriormente, esta Emenda foi regulamentada pela Lei Complementar nº 141/12, que definiu para os gestores do SUS, quais tipos de ações e serviços podem ser considerados como de saúde (VILLANI; BEZERRA,2013).

A utilização desses recursos implica, além do conhecimento, na estrita observância das normas. Embora sejam sopesadas as necessidades em saúde da população, na utilização dos recursos há que se ter o trabalho intersetorial considerando os preceitos contábeis e jurídicos.

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 dispõe que:

Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente aos princípios estatuidos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (...)

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

Pelo governo federal podia-se destacar duas formas de financiamento pelo Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e pelo PAB variável.

Na Política Nacional de Atenção Básica foi descrito que (PAB) fixo, recurso per capita, seria transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde, aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal (fundo a fundo), com base em um valor multiplicado pela população do município (BRASIL,2017).

Ainda referente ao PAB Fixo a Portaria GM/MS nº 3.947, de 28 de dezembro de 2017 estabeleceu que:

Para a definição do valor mínimo do PAB Fixo, o critério adotado foi a distribuição dos municípios em quatro faixas com pontuação que varia de 0 a 10, com base em indicadores selecionados segundo critérios determinados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB): PIB Per Capita, Percentual da População com Plano de Saúde, Percentual da População com Bolsa Família, Percentual da População em Extrema Pobreza e Densidade Demográfica.

Os recursos referentes à Estratégia Saúde da Família, à Estratégia de Saúde Bucal e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde , chamados de PAB Variável, eram repassados mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde (Fundo a Fundo), desde que não existam irregularidades no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) e que os sistemas de informação da produção das equipes de saúde, estejam sendo alimentados regularmente.

Porém, em 28 de dezembro de 2017, foi publicada no Diário Oficial da União (DOU), nova Portaria, a GM/MS nº 3.992 que altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017.

Portanto este normativo estatui que:

Art. 3º: Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento:

- I – Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e
- II – Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Este novo normativo institui a junção dos antigos blocos de financiamento da atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância e saúde e gestão do SUS em um único bloco, mantendo-se os grupos de ações dentro do Bloco de Custeio. As ações deverão refletir, ao final de cada exercício, a previsão no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde.

A Portaria GM/MS nº 3.992/2017, em seu artigo 5º insta que:

Os recursos financeiros referentes ao Bloco de Custeio de que trata o inciso I do caput do art. 3º, serão transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios em conta corrente única e destinar-se-ão:

- I – à manutenção da prestação das ações e serviços públicos de saúde; e
- II – ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo único. Fica vedada a utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Custeio para pagamento de:

- I – servidores inativos;
- II – servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos nos respectivos Planos de Saúde;
- III – gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;
- IV – pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e
- V – obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

É importante destacar o que a norma traz referente à estruturação física para o desenvolvimento das ações pelas equipes de saúde:

Art. 6º: Os recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde de que trata o inciso II, do caput do art. 3º, serão transferidos em conta corrente única, aplicados conforme definido no ato normativo que lhe deu origem e destinar-se-ão, exclusivamente:

I – aquisição de equipamentos voltados para a realização de ações e serviços públicos de saúde;

II – obras de construções novas utilizadas para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e

III – obras de reforma e/ou adequações de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo único. Fica vedada a utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento em órgãos e unidades voltados exclusivamente à realização de atividades administrativas.

Os recursos financeiros provenientes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) são condicionados a resultados da avaliação do acesso ao serviço pelo usuário, qualidade do trabalho efetuado pelas equipes e estrutura da rede física presentes na Atenção Primária dos municípios. Por se tratar de um componente PAB Variável, a aplicação dos recursos dar-se-á também de acordo com o descrito no Art. 5º, da Portaria GM/MS nº 3.992/2017.

Quanto ao Programa de Cofinanciamento da Atenção Primária, instituído pelo Governo de Minas Gerais, os recursos serão devidos, como componente fixo, quanto componente variável; este último na proporção de cumprimento de metas e indicadores estabelecidos com vistas ao fortalecimento da Atenção Primária.

Na destinação dos recursos financeiros do Programa de Cofinanciamento, há que se observar o disposto na Resolução SES/MG nº 5.816 de 19 de julho de 2017.

Art. 3º O incentivo financeiro de que trata esta Resolução deverá ser utilizado pelo município, em ações e serviços de Atenção Primária à Saúde.

§ 1º As ações e serviços de atenção primária à saúde descritas no caput deste artigo devem observar, no que tange ao aspecto assistencial, as diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES).

§ 2º As transferências intergovernamentais de que trata esta Resolução, transferidas como despesas correntes, podem ser executadas conforme orçamento municipal, desde que no âmbito da Atenção Primária, independente da classificação da despesa, vedada sua aplicação na

construção ou na ampliação da área física da área física de Unidades Básicas de Saúde.

A Relação Nacional de Ações e Serviços da Saúde (RENASES) foi publicada pela Portaria nº 841 de 02 de maio de 2012, compreendendo todas as ações e serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde, para atendimento da integralidade da assistência. Esta relação contempla a Atenção Primária devido à sua importância como porta de entrada preferencial da Rede de atenção. A RENASES deverá ser atualizada a cada dois anos (Decreto nº 7.508/11).

Cabe ressaltar que a Lei 141/2012 instituiu para fins de apuração dos recursos mínimos a serem aplicados, quais serão as despesas a serem consideradas como ações e serviços públicos de saúde, voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo além dos outros blocos, os da Atenção Básica:

Art. 3º Observadas as disposições do art.200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

- I – vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II – atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III – capacitação de pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- IV – desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- V – produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- VI – saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
- VII – saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- VIII – manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- IX – investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- X – remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

- XI – ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde;
e
XII – gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

A mesma Lei 141/2012 designou que:

Art. 4º **Não** constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:

- I – pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
II – pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
III – assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
IV – merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art.3º;
V – saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
VI – limpeza urbana e remoção de resíduos;
VII – preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da federação ou por entidades não governamentais;
VIII – ações de assistência social;
IX – obras de infraestrutura, ainda que para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e
X – ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles de saúde.

As ações e serviços a serem desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária estão descritas na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES).

Planejamento em Saúde

O planejamento em saúde é compreendido como um instrumento de organização construído a partir de dados epidemiológicos, no qual são estabelecidas diretrizes e metas a fim de que seja possível transformar ou remodelar uma dada realidade.

No esforço de todos os setores em equalizar os recursos e atender às demandas da população, o gestor necessita ter prudência e domínio na elaboração dos instrumentos de gestão, para que o recurso financeiro seja investido de forma eficiente.

Em relação aos instrumentos a Portaria de Consolidação nº 1/2017 dispõe que:

Art. 95 Os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão.

§ 2º O Plano de Saúde norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde.

A Política Nacional da Atenção Básica estabelece que os recursos financeiros provenientes do Bloco de Financiamento de Custeio serão destinados ao financiamento das ações de atenção básica descritas na RENASES e nos planos de saúde dos municípios, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

No que tange ao financiamento da Atenção Básica, o Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica (BRASIL,2017).

Para Villani; Bezerra (2013) o conhecimento da legislação sobre financiamento da saúde no âmbito do SUS é de fundamental importância para o adequado nivelamento das práticas administrativas, de maneira que todos os secretários de saúde tenham autonomia sobre os recursos destinados ao setor e o entendimento de como aplicá-los da forma correta.

É necessário que os gestores compreendam a importância do planejamento participativo e da aplicação dos instrumentos de gestão, pois possibilitam a melhor alocação de recursos, além de resultados mais efetivos. Esse processo contínuo de planejamento é condição essencial para a inversão do modelo de atenção, fazendo com que o sistema seja mais proativo e resolutivo (BRASIL,2018).

Na RDC nº 63/2011 foi estabelecido, dentro do capítulo das boas práticas de funcionamento, no gerenciamento da qualidade, que o serviço de saúde deve desenvolver ações no sentido de estabelecer uma política de qualidade envolvendo estrutura, processo e resultado na sua gestão dos serviços.

A qualificação da gestão e a otimização dos recursos financeiros

A qualidade da gestão contribui sobremaneira para a eficiência no gasto público com a saúde. A disponibilidade de recursos financeiros representa condição necessária, porém não suficiente para o alcance da eficiência dos serviços ofertados na esfera pública municipal.

Conforme Queiroz *et al.* (2013), a eficiência está associada a um conjunto de fatores entre os quais se sobressaem a alocação do recurso e a qualidade da governança municipal. Os autores defendem ser preciso que as políticas de saúde sejam traçadas de forma a reduzir as discrepâncias e que estudos e ferramentas de análise econômica, baseados em índices de eficiência, contribuam para a transparência e responsabilização do gestor, podendo ser utilizados para o acompanhamento da efetividade no que se refere aos orçamentos municipais.

Para Lopes e Toyoshima (2008) os municípios que pretendem melhorar seus indicadores, sua renda interna e reduzir a desigualdade social necessitam aumentar a eficiência na gestão dos recursos, pois entendem que o aperfeiçoamento da gestão é um instrumento de política fiscal adicional, principalmente em localidades em que existam severas restrições no orçamento público, ampliando o conjunto de políticas factíveis das prefeituras. Estes autores concluem também que a melhoria da eficiência técnica não passa pelo aumento indiscriminado dos gastos, mas que uma melhor capacitação dos administradores municipais mostrou-se positivamente correlacionada com a eficiência municipal e pode ser explorada para melhorar a qualidade das gestões locais.

De acordo com Fonseca e Ferreira (2009), o desperdício e a operação do sistema de saúde abaixo das condições de eficiência evidenciam, na prática, que a prestação de serviços de saúde à sociedade está aquém da capacidade potencial relativa. Estudos da área econômica apontam para lacunas gerenciais capazes de serem supridas por meio de políticas públicas advindas de intervenções pautadas por pesquisas qualitativas e quantitativas realizadas *in loco*. Os autores ressaltam ainda que a troca de experiência entre gestores, estimulada pelas redes de relacionamento institucionais e fomentada pela secretaria de estado e consórcios intermunicipais de saúde, corroboram para a eficiência dos serviços na área de saúde.

Aplicação de Recursos Financeiros

O desconhecimento ou displicência no uso dos instrumentos normativos que norteiam a aplicação dos gastos da saúde no escopo da Atenção Primária, seja por parte dos gestores públicos, ou até mesmo por profissionais da área administrativa que lidam com recursos da saúde, pode comprometer os resultados planejados e ainda, não oferecer determinados serviços ou oferecer de forma deficiente.

No caso dos municípios, o gestor da saúde, embora possa e deva deliberar sobre a utilização dos recursos, a partir do levantamento de necessidades do seu território e da elaboração do plano de saúde, às vezes não possui autonomia, ficando esta decisão a cargo do prefeito ou dos responsáveis pelas finanças do município. Essa configuração pode conduzir as decisões sobre a alocação dos recursos para um caminho equivocado, que pode, inclusive, trazer penalizações à entidade e ao gestor.

A fragmentação ou falta de articulação entre os setores administrativos da prefeitura, especialmente entre os setores da saúde, do jurídico e da contabilidade, somada a uma eventual falta de autonomia do gestor de saúde, parecem contribuir para esta dificuldade de tomada de decisão. A utilização de recursos da Atenção Primária para pagamento de profissionais cujas especialidades correspondem a outros níveis de atenção, seja pela real necessidade da população, mediante a falta de qualidade da APS, ou para aumentar a visibilidade política do prefeito, são exemplos de situações que devem ser evitadas.

As despesas relacionadas à manutenção e reparo de veículos, compra de combustível, aquisição de peças automotivas e pneus, que são gastos comuns ao dia-a-dia, são vistas, muitas das vezes, como possíveis de financiamento com os recursos do PAB, PMAQ ou Programa de Cofinanciamento, sob a alegação de que seriam para os veículos que transportam as equipes de saúde para as ações de Atenção Primária nas respectivas áreas rurais. Neste caso espera-se que o gestor da saúde tenha o discernimento de observar as normas referentes aos programas, além de discutir com o setor contábil as questões inerentes à Contabilidade, para definirem sobre a pertinência do uso do recurso.

O domínio minimamente do disposto na PNAB, norteia o gestor a evitar a não utilização de recursos já creditados ou a utilização destes de forma diversa ao estabelecido pela norma. No que concerne ao financiamento da Atenção Básica, o Ministério da Saúde define os códigos de lançamentos, assim como seus identificadores literais, que constarão nos respectivos avisos de crédito. Isso torna mais clara a identificação do recurso e o objeto de cada lançamento, para que sejam feitos em contas corretas. O aviso de crédito com disponibilização do recurso em conta deve ser enviado, pelo Ministério da Saúde ao Secretário de Saúde, ao Fundo de Saúde, ao Conselho de Saúde, ao Poder Legislativo e ao Ministério Público dos respectivos níveis de governo.

Desse modo, o conhecimento e aplicação das normas contábeis e jurídicas constituem-se em elementos fundamentais para o fortalecimento da Atenção Primária e do SUS na medida em que, aliados aos instrumentos de planejamento, permitem a efetividade da aplicação dos recursos financeiros com compromisso e corresponsabilidade, combatendo a malversação do dinheiro público e promovendo a oferta da qualidade do serviço.

É necessário que o gestor se atenha ao dever de cumprir os princípios da Administração Pública em benefício da coletividade, conforme explicita a Constituição Federal.

É imperioso destacar também que há normas que preveem sanções aos administradores públicos que praticarem atos de improbidade administrativa, com a possibilidade de suspensão de direitos políticos, a perda da função pública, a indisponibilidade dos bens e o ressarcimento ao erário, face ao respeito imprescindível com os recursos e o patrimônio público.

No que concerne ao financiamento em saúde, compete ao Núcleo de Atenção Primária, da Unidade Regional de Saúde, assessorar e coordenar em parceria com os municípios, as estratégias e programas para um funcionamento contínuo e eficaz da Atenção Primária, orientar os municípios quanto à implantação, operacionalização e financiamento dos programas dentro das políticas estadual e federal, acompanhar a execução de obras para a liberação de recursos financeiros e sempre fomentar o planejamento e execução das ações, a fim de efetivar a integralidade da atenção à saúde da população.

Considerações Finais

É fato que um dos fatores primordiais para a qualidade de vida da população é o acesso à saúde. A Atenção Primária, enquanto primeiro nível de atenção e principal porta de entrada do sistema de saúde, deve ser estruturada para universalizar o acesso com a cobertura ideal, coordenando o cuidado integrado e atendendo às necessidades em saúde da população.

Por mais lógico que seja o modelo de atenção e a efetivação deste modelo represente um grande desafio, a eficiência e a responsabilidade devem nortear toda a administração pública, com o objetivo de se estabelecer o melhor custo/benefício na execução de programas, ações e serviços, necessários ao alcance de objetivos e metas.

O fortalecimento deste nível de atenção pressupõe também a observação às normas, pois tão importante quanto investir na saúde pública é melhorar a qualidade do gasto. As boas práticas de gestão, a transparência e o controle social, a profissionalização dos gestores e a melhoria da política de prestação de contas à sociedade, se apresentam como pontos estratégicos para que o recurso público seja investido de forma eficiente.

Paralela à observação às normas, há que se discutir a constante qualificação dos gestores, no que tange não apenas às questões técnicas da saúde, mas também quanto aos aspectos jurídicos e contábeis na condução da utilização dos recursos públicos. Esta articulação intersetorial se revela como um viés decisivo para otimizar o gasto em saúde e possibilitar a oferta de serviços estruturados e de qualidade para a população.

O entendimento sobre a dinâmica de cada programa e estratégia no âmbito da Atenção Primária e a importância das metas e indicadores propostos, devem se contrapor ao imediatismo do uso do recurso conforme conveniências diversas a este nível de atenção, o que na maioria das vezes fomentam a desorganização do sistema e denotam despreparo do gestor.

Embora o financiamento na Atenção Primária ainda não atenda às diversas necessidades ou realidades da população, tem havido um esforço das esferas estadual e federal na captação de recursos. Aliás, a percepção destes recursos estará cada vez mais atrelada ao cumprimento de metas e indicadores, que

apontam para a reorganização dos processos de trabalho das equipes e da qualificação da gestão municipal, para que realmente resultem em ações que impactem a saúde da população.

A parceria com o controle social na esfera da Atenção Primária propiciará, mediante a atuação efetiva dos conselhos municipais de saúde no monitoramento do funcionamento das equipes e na disponibilização mensal de informações, o fortalecimento do controle dos gastos e a geração de maior transparência dos atos.

Quanto à figura do gestor, ator essencial deste processo, que tem dever constitucional de prestar contas, espera-se um maior conhecimento e atualização dos normativos para lidar com a complexidade das atividades que desenvolve, com o montante de recursos envolvidos, com a necessidade de destreza para organizar uma atenção que atenda às inúmeras necessidades dos munícipes e com a fundamental articulação entre as áreas de saúde, contábil e jurídica.

Referências

ALEIXO, José Lucas Magalhães. A Atenção à Saúde e o Programa de Saúde da Família: Perspectivas de Desenvolvimento no Início do Terceiro Milênio. **Revista Mineira de Saúde** n.1, p.19-25, 2000.

BEZERRA, Adriana Falangola Bejamin; VILLANI, Renata Alves Gomes. Concepções dos gestores municipais de saúde de Pernambuco sobre a destinação e gestão dos gastos com saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo. v.22, n.2. p. 521-529, 2013.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, p.18055-9, 20 set. 1990. Seção 1.

_____. Presidência da República. **Lei Complementar nº 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 nºs 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.689 de 27 de julho de 1993, e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.947 de 28 de dezembro de 2017**. Atualiza a base populacional para o montante de recursos do componente Piso da Atenção Básica Fixo PAB Fixo da Portaria 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013 e do Anexo I; e altera o Anexo II.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.992 de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde, do Sistema Único de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 1 de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários de saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

_____. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

_____. ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – **RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 841 de 02 de maio de 2012**. Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços da Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. **Revista Brasileira de Medicina**. Rio de Janeiro. v.2, n.6, jul-set 2006.

CASTRO, Ana Luisa Barros; MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.26, n.4. abr, 2010.

DAB. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php Último acesso: 05/01/18.

FONSECA, Poty Colaço; FERREIRA, Marco Aurélio Marques. Investigação dos níveis de eficiência na utilização de recursos no setor de saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29592> Último acesso: 05/01/18.

GOVERNO DE MINAS GERAIS. Programa Saúde Integrada. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/program/32-programa-saude-integrada> Último acesso: 03/01/2018.

LOPES, Luckas Sabioni; TOYOSHIMA, Sílvia Harumi. Eficiência técnica municipal na gestão dos gastos com saúde e educação em Minas Gerais: seus impactos e determinantes. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/6519667.pdf> Último acesso: 04/01/18.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte. p.142. 2009.

MINAS GERAIS. **Resolução SES/MG nº 5.246 de 13 de abril de 2016**. Estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação da concessão de incentivo financeiro para Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde para o exercício de 2016.

MINAS GERAIS. **Resolução SES/MG nº 5.816 de 19 de julho de 2017**. Estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação da concessão de incentivo financeiro para Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde para o exercício 2º e 3º quadrimestre de 2017.

PINTO, Heider Aurélio; SOUZA, Alan; FLORÊNCIO, Alexandre Ramos. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. v.6, n.2. 2012.

QUEIROZ, M. et al. Eficiência do gasto público com saúde: uma análise nos municípios do Rio Grande do Norte. *Revista Economia Nordeste*. Fortaleza/CE, v.44, n.3, p.761-776, 2013. Disponível em: http://www.bnb.gov.br/projwebren/Exec/artigoRenPDF.aspx?cd_artigo_ren=1392. Último acesso: 26/04/15.

SILVA, L. *et al.* Indicadores de atenção básica e especializada em saúde bucal nos municípios do Estado do Pará, Brasil: estudo ecológico, 2001-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde. Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Brasília/DF, v.22, n.2, p.325-334, 2013.

SILVEIRA, Camilla Teixeira da; PEREIRA, Lizziane d'Ávila. Centro de convenções Ulysses Guimarães. Práticas exitosas de monitoramento e avaliação: a experiência do Programa Saúde em Casa – contratualizando resultados com os 853 municípios mineiros. **VI Congresso CONSAD de Gestão Pública**. Brasília/DF. Abr 2013.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília/DF. UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

VIEGAS, M. *et al.* **Equidade na saúde: o Programa de Saúde da Família em Minas Gerais**. Belo Horizonte/MG, v.1, p.27, 2013.

VORPAGEL, Márcia Gomes Barcellos; BONELLI, Wander Roberto. **Revista Saúde Coletiva**. v.8, p. 174-179, 2011.

Processo de Avaliação por Pares: *Blind Review*

Publicado na Revista Vozes dos Vales - www.ufvjm.edu.br/vozes em: 10/2018

Revista Científica Vozes dos Vales - UFVJM - Minas Gerais - Brasil

www.ufvjm.edu.br/vozes

www.facebook.com/revistavozesdosvales

UFVJM: 120.2.095-2011 - QUALIS/CAPES - LATINDEX: 22524 - ISSN: 2238-6424

Periódico Científico Eletrônico Multidisciplinar - UFVJM