

# **O SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL: UMA ANÁLISE SOBRE O SEU FINANCIAMENTO PELO PISO DA ATENÇÃO BÁSICA FIXO**

## **ÁREA 4 - POLÍTICAS PÚBLICAS E PLANEJAMENTO REGIONAL E URBANO**

**Julyan Gleyvison Machado Gouveia Lins**  
**Doutorando em Economia Pela UFPE**  
**Email: julyanlink@hotmail.com**

**Tatiane Almeida de Menezes**  
**Doutora em Economia Pela USP**  
**Professora da UFPE**

**Resumo:** o trabalho tem por objetivo descrever de forma detalhada como ocorrem os repasses financeiros federais para a gestão da baixa complexidade em saúde nos municípios brasileiros, ou seja, a atenção básica. Primeiro, busca apresentar uma rápida descrição sobre a origem do SUS e o processo de aperfeiçoamento do seu mecanismo de financiamento nas três esferas de governo, enfatizando sua característica descentralizadora. Segundo, é apresentada as ações e serviços de atenção primária que são ofertadas pelos municípios do país, bem como as características de uma das principais fontes desse financiamento, que é o Piso da Atenção Básica Fixo (PAB fixo).

**Palavras-Chave:** saúde pública, financiamento governamental em saúde, cuidados primários em saúde, Brasil.

**Abstract:** *the purpose of this paper is to describing in detail how federal transfers to manage low complexity in Brazilian municipalities, that is, primary care, occur. First, it seeks to present a brief description of the origin of SUS and the process of improving its financing mechanism in the three spheres of government, emphasizing its decentralizing characteristic. Second, it presents the actions and primary care services that are offered by the municipalities of the country, as well as the characteristics of one of the main sources of this financing, which is the Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo).*

**Keywords:** *public health, government financing in health, primary health care, Brazil.*

**J.E.L.:** I18, H51, O54.

## **1. Introdução**

Uma característica marcante do Sistema Único de Saúde (SUS) é o caráter universal e gratuito dos serviços prestados (além do Brasil, pode-se destacar Reino Unido, Canadá, Austrália, França e Suécia como países que oferecem tal serviço à população). O Brasil destoa dos países citados em dois aspectos: primeiro por não pertencer aos países desenvolvidos, segundo por apresentar uma das maiores populações do planeta (mais de 200 milhões de habitantes, o quinto mais populoso). Neste contexto, a compreensão e o detalhamento das fontes de financiamento público do SUS excita um debate político constante.

Muitos artigos nacionais recentes têm levantado resultados empíricos pertinentes sobre a temática do financiamento dos serviços públicos em saúde no país, notadamente em pontos como a eficiência de gastos em saúde e como a descentralização de receitas poderia melhorar a alocação dos recursos públicos e os resultados nessa área. Neste ponto, como pode-se ver nos trabalhos de Remor et al. (2010), Dias (2013), Andrett e Rosa (2015), Simão e Orellano (2015), Mazon, Mascarenhas e Dallabrida (2015) e Menezes (2017), por exemplo, há diversas estratégias metodológicas e quantitativas de análise, bem como o uso de diferentes bancos de dados, tanto em nível nacional, quanto regional. De forma geral, o que estes trabalhos sugerem é que mais receitas destinadas a essa área, tampouco maiores gastos públicos, não implicam necessariamente em melhoria da saúde coletiva. Além disso, sugerem que uma maior fiscalização governamental (através por, exemplo, de ações do Tribunal de Contas da União), podem exercer uma influência positiva significativa sobre essa eficácia, uma vez que pode diminuir problemas de corrupção de desvio de recursos públicos para fins específicos.

Há inúmeros trabalhos nacionais, desde os anos 1990, que atentam a estudar os mecanismos jurídicos e da estrutura do sistema de financiamento do SUS que podem ajudar a entender o que aponta a literatura empírica anteriormente citada, como pode-se ver nos textos de Arretche (2003), Arretche (2004), Bastos, Santos e Tovo (2009), Marques e Mendes (2012) e Paim et al. (2013), por exemplo. De forma geral, o que esses trabalhos teóricos apontam é que a estrutura institucional e legal do SUS necessita da implantação de formas e mecanismo mais incisivos de governança e controle como um elemento importante para a diminuição dos desperdícios/ineficácia do dinheiro público nessa área. Em termos de alocação eficiente de escassos recursos econômicos,

isso é uma constatação relevante, uma vez que esse tipo de análise pode dar importantes contribuições para o melhor entendimento de questões de como pode ocorrer a má alocação de receitas públicas e a baixa eficácia dos gastos públicos em saúde em muitas localidades no país, como pode-se constatar na literatura empírica anteriormente apresentada.

Uma das características do SUS, definida pela constituição de 1988, é seu caráter descentralizador. Em nível local, cabe aos municípios a gestão da baixa complexidade de tratamentos em saúde, até mesmo por uma questão de escala; e, embora o sistema de arrecadação seja tripartite, de fato fica por conta do governo central grande parte da coleta dos recursos responsáveis pelo financiamento do sistema<sup>1</sup>. Dito isto, um dos grandes desafios quando se inicia o estudo do SUS é compreender como se dá a descentralização desses recursos, seja pela necessidade de mais trabalhos que se debrucem a destrinchar esse processo, seja pela dificuldade da compreensão dos trâmites legais e burocráticos que o cercam. Dado o exposto, o presente trabalho tem por objetivo preencher uma lacuna descrevendo de forma detalhada como ocorrem os repasses para a gestão da baixa complexidade pelos municípios brasileiros através do PAB fixo, que é uma transferência de recursos feita de forma automática aos municípios e uma das mais importantes fontes de receita para a sustentação da Atenção Básica do Brasil: financia cerca de um terço da atenção básica e representou, só em 2016<sup>2</sup>, R\$ 5,71 bilhões.

Com este intuito, serão descritos os serviços assistenciais públicos de atenção primária que estão a cargo dos municípios, bem como seu mecanismo de financiamento federal do Piso da Atenção Básica Fixo (PAB fixo). Salienta-se que o enfoque deste trabalho sobre questões relativas a atenção primária se dá por dois motivos: o primeiro é que pela forma que está estruturado o SUS, tais serviços são a porta de entrada do sistema. Segundo, quando bem realizado, a atenção primária deveria ser responsável por solucionar, em média de 80% a 85% dos problemas de saúde da população (Nedel et al.,

---

<sup>1</sup> Segundo Mendes e Marques (2014), a União é responsável por cerca de pouco mais de 40% do financiamento do SUS, e, proporcionalmente, tem visto cair sua participação relativa desde 1991, visto que nas décadas de 1970 e 1980 era responsável por cerca de 75% desses gastos.

<sup>2</sup> Para mais detalhes ver:

<http://www.portaltransparencia.gov.br/transferencias>

<http://portalfns.saude.gov.br/>

2011), evitando, assim, deslocamentos desnecessários para a rede hospitalar (Caminal et al., 2001; Starfield e Shi, 2002), ou seja, de média e alta complexidade, cujo custo de tratamento médio por paciente tende a ser bem mais elevado e gerar maiores pressões de custo ao sistema de saúde (Baicker e Chandra, 2004).

O trabalho está estruturado como segue. Na seção 2, é apresentada uma rápida descrição sobre a origem do SUS e o processo de aperfeiçoamento do seu mecanismo de financiamento nas três esferas de governo, enfatizando sua característica descentralizadora. A seção 3, foca-se em alguns aspectos de como se dá a transferência dos recursos do governo federal para os municípios. Na seção 4, é apresentada quais as ações e serviços de atenção básica ofertada pelos municípios do país, bem como o PAB fixo. Por fim, na seção 5, são feitas as considerações finais.

## **2. A Criação do Sistema Único de Saúde e o Longo Processo de Aperfeiçoamento do Seu Mecanismo de Financiamento**

O sistema de saúde brasileiro é formado por uma complexa rede de prestadores e compradores de serviços que do ponto de vista da origem dos recursos é composto por um subsetor público e um subsetor privado. O subsetor público é composto por um segmento de acesso universal, que é o SUS, e um segmento de acesso restrito a clientela específicas. O subsetor privado, por sua vez, é composto pelo segmento de planos e seguros privados de saúde (que é financiado por pré-pagamento) e um segmento autônomo que funciona mediante desembolso direto. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os dois subsetores e segmentos, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento (Paim et al., 2013).

Segundo Arretche (2004), na real distribuição intergovernamental de funções do subsetor público, a União está encarregada da maior parte do financiamento e formulação da política nacional de saúde, bem como da coordenação das ações entre o governo federal e os governos estaduais e municipais. Embora a Constituição garanta que não há uma relação de dependência entre as esferas do governo, a prática funciona de modo que o Ministério da Saúde (MS) tem autoridade para tomar as decisões mais importantes nesta política setorial, de modo que, em geral, as políticas implementadas

pelos governos locais são fortemente dependentes das transferências federais e das regras definidas por esse Ministério. Em outras palavras, como frisa o trabalho citado, apesar da descentralização dos gastos com saúde, o governo federal, efetivamente, dispõe de fortes recursos institucionais para influenciar as escolhas dos governos locais na alocação dos recursos destinados a essa área. Essa é uma evidência que, no que diz respeito às políticas e financiamento da saúde no país, contrasta com a pactuação da Comissão Intergestores Tripartite<sup>3</sup> - como se ainda vigorasse a lógica vigente antes da Constituição de 1988, em que Estados e Municípios funcionassem como esferas subnacionais subordinadas ao governo federal.

A atual estrutura do sistema de saúde do Brasil é relativamente recente e se iniciou a partir do processo de redemocratização do país. Depois de um longo período de ditadura militar (1964-1985), o Brasil passou nos anos de 1980 por uma volta ao regime democrático que culminou com a Constituição Federal de 1988 e muitas mudanças institucionais e político-administrativas. No que diz respeito às políticas públicas de saúde, embora a nova constituição já tenha dado garantias quanto a atribuição do Estado brasileiro neste sentido, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a nova Constituição, foi que permitiu que esse processo se consolidasse ainda mais, como será visto mais adiante.

O SUS foi regulamentado pela Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização e regulação das ações de saúde, e pela Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que versou sobre o financiamento da saúde e da participação popular. O texto da primeira Lei fala sobre o objetivos e atribuições do sistema, dos seus princípios e diretrizes, da organização e gestão, e por fim, das competências e atribuições dos agentes responsáveis por executá-las. A segunda Lei, por outro lado, foca sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área, além de outras providências. Vale salientar que essas Leis são disciplinadas pela Constituição de 1988 e são a base que fundamenta o SUS. No entanto, ao longo das décadas seguintes, esse sistema foi se aperfeiçoando e criando mecanismos jurídicos e

---

<sup>3</sup> Segundo o Ministério da Saúde, a Comissão Intergestores Tripartite constitui-se de foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre gestores nos aspectos operacionais e na construção dos pactos nacionais, estaduais e regionais no SUS. O objetivo é fortalecer a governança, servir de instrumento gerencial e garantir transparência na gestão, buscando o acesso integral à assistência à saúde.

administrativos cada vez mais elaborados para a prestação dos serviços de saúde, para melhorar a relação entre os entes da federação no que diz respeito às atribuições de saúde e, principalmente, com relação ao financiamento dessas ações a partir da Emenda Constitucional nº 29 do ano 2000, processo que será visto em detalhes mais à frente.

Retomando à 1988, com a nova Constituição e os fundamentos organizacionais do SUS, passou a haver garantias de que a saúde é direito de todo cidadão brasileiro e dever do Estado. Ao poder público caberia garantir políticas sociais que objetivem prevenir e reduzir doenças, bem como garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Do ponto de vista da estrutura organizacional e administrativa, uma das principais características dos textos foi o estabelecimento de um processo diferentes atribuições dos entes federados no que diz respeito a provisão desses serviços. Neste sentido, passou a haver uma definição clara sobre quais são as atribuições de cada ente governamental na provisão dos serviços em saúde. Além disso, os textos garantiram atendimento integral, com prioridade para ações preventivas, mas sem prejuízo dos serviços assistenciais. A Carta Magna também estabeleceu que essas ações deveriam ser financiadas pelas três esferas de governo (Municípios, Estados e União) e as receitas para este fim, obtidas através diferentes recursos advindos de contribuições sociais, dos impostos da União, dos Estados e dos Municípios, além de outras possíveis fontes.

Através de um contínuo processo de mudanças e aperfeiçoamento nas leis, advindas tanto do Congresso Nacional (através de Emendas à Constituição, Leis Complementares, etc.), quanto do Ministério da Saúde (através de Portarias<sup>4</sup>, por exemplo), o debate do financiamento do SUS é um processo que esteve sempre em movimento ao longo de quase 30 anos. Tal dinâmica, teve o objetivo de aperfeiçoar o sistema e torna a provisão de serviços de saúde mais eficazes em termos de políticas públicas, tentar diminuir desigualdades no acesso e garantir o devido e adequado financiamento.

---

<sup>4</sup> A edição das portarias ministeriais tem sido um importante instrumento de coordenação das ações nacionais em saúde. As portarias consistem, na maior parte das vezes, em condicionar as transferências federais à adesão dos estados e municípios aos objetivos da política federal, aumentando, assim, a capacidade do Ministério da Saúde de descentralizar a execução dessas ações e executar com mais facilidade as transações fundo a fundo (Arretche, 2004). Vale ressaltar que as Portarias têm o papel principal de estabelecer atributos convenientes para as transferências fundo a fundo, elas não garantem o adequado financiamento, entre outros motivos porque isso não depende da vontade administrativa do Ministério da Saúde.

Mas, só foi 10 anos depois da criação desse subsistema que houve garantias mínimas reais quanto ao seu financiamento, a despeito de já existir garantias legais desde a promulgação da Constituição. Desde 1988, a Constituição Federal previa que deveriam ser destinados aos SUS pelo menos 30% do Orçamento da Seguridade Social e as primeira Leis de Diretrizes Orçamentárias reproduziram essa determinação. O problema é que, embora houvesse determinação legal, na prática isso não vingou. Posteriormente, o mesmo aconteceu com a CPMF (Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira), que vigorou entre 1997 e 2007. Ela foi criada como “fonte adicional de receita” mas acabou como “substituta de outras fontes tributárias da saúde”. O que demonstra que não necessariamente uma vinculação legal implica em efetivação.

Nesse processo, a Emenda Constitucional de nº 29, de 13 de setembro de 2000, foi um marco histórico que determinou, de fato, a vinculação de receitas e assegurou os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde das três esferas administrativas do país. Nessa Emenda, houve vinculação de receitas para os Estados, Distrito Federal e Municípios; mas para a União a regra foi outra. Ficou estabelecido, por exemplo, que os municípios deveriam cumprir o mínimo de 15% de sua arrecadação de receitas próprias (que inclui repasses como o Fundo de Participação dos Municípios - FPM), enquanto que aos Estados caberia aplicar o mínimo de 12% de sua arrecadação própria. Quanto aos valores aplicados pela União, o ano de 2000 teria como base de cálculo o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento. Nos anos posteriores (2001-2015), a aplicação foi a do ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Essa Lei permitiu também que houvesse a possibilidade de os percentuais mínimos serem reavaliados, pelo menos a cada cinco anos, através de Lei Complementar.

Doze anos depois, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamentou parte do artigo 198 da Constituição Federal, e esperava-se que ela definisse a forma de participação da União no financiamento do SUS. Havia todo um movimento reivindicando, desde a EC 29/2000, que a participação da União no financiamento do SUS fosse equivalente a 10% da receita corrente bruta, mas a retomada dessa ideia não vingou. Essa Lei manteve a regra da EC 29/2000 da fixação dos pisos, mas a grande conquista dela foi definir o que são e o que não são

considerados Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) para o cômputo dos pisos. Este foi um fato importante, pois, embora já existisse um entendimento já previsto pela Resolução nº 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde, a sua aplicação implicou em importantes mudanças nos procedimentos adotados pelos entes federados no que diz respeito em que os pisos deveriam ser efetivamente gastos<sup>5</sup>.

Mais recentemente, a Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015, definiu as porcentagens mínimas de aplicação de recursos federais em ASPS a partir da receita corrente líquida da União. Para o ano de 2016 ficou estabelecida a aplicação de 13,2%; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018; 14,5% em 2019 e 15% a partir de 2020. Posteriormente, em 2016, a Emenda Constitucional nº 95 (chamada de PEC do teto dos gastos) redefiniu que a aplicação mínima da União em ASPS seria de 15% da receita corrente líquida, nos anos de 2016 e 2017. A EC 95 apenas revogou o dispositivo da EC 86 que estabeleceu o escalonamento de 5 anos dos percentuais para se chegar ao piso de 15% (que iniciava em 13,2%). Além disso, definiu também que a partir de 2018, o investimento federal mínimo seria o piso de 2017 atualizado monetariamente pelo IPCA/IBGE ano a ano até 2036.

### **3. O Financiamento Federal dos Serviços Públicos em Saúde**

No Brasil, embora haja uma forte descentralização da execução dos serviços de saúde nos municípios, o financiamento público destas ações, como já foi exposto, é tripartite, ou seja, realizado pelos governos federal, estadual e municipal. O financiamento é obtido através de diversas fontes de receita, que variam substancialmente segundo a esfera do governo, conforme pode ser visto no anexo A.

Historicamente, o governo federal brasileiro sempre foi protagonista no financiamento do gasto público em saúde, embora a partir dos anos 90, com a implementação da nova Constituição e do Sistema Único de Saúde, essa participação tenha tido uma tendência consistente de queda (Mendes e Marques, 2014). Para se ter uma ideia, usando estatísticas do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, Mendes

---

<sup>5</sup> Para mais detalhes ver:

[http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/483733/CPU\\_Item\\_1\\_4\\_LC\\_141\\_MDF\\_STN\\_Texto\\_revisado%2B\\_apos\\_reuniao\\_da\\_CT\\_em\\_06\\_10\\_2015.pdf/dd1ff5d4-a602-4d27-861f-05cd005e14e5](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/483733/CPU_Item_1_4_LC_141_MDF_STN_Texto_revisado%2B_apos_reuniao_da_CT_em_06_10_2015.pdf/dd1ff5d4-a602-4d27-861f-05cd005e14e5)

(2005) encontrou que entre os anos das décadas de 70 e 80, cerca de pouco mais de 75% do dinheiro que sustentava esses gastos vinham da União. No ano de 2011, por outro lado, Mendes e Marques (2014), citando dados publicados pelo Ministério da Saúde, mostraram que esses recursos corresponderam a pouco mais de 45% dos gastos.

Pela Constituição de 1988, teoricamente caberia aos estados e municípios complementar o financiamento do governo federal. Porém, na prática, isso esbarra em questões econômica e na capacidade de arrecadação de receitas próprias desses outros entes da administração pública. Existem vários fatores importantes que podem justificar essa predominância, mas o principal, consiste em ser o governo central responsável pela arrecadação da maior parte da receita tributária do país, tornando-se, por conseguinte, líder natural no que diz respeito a capacidade de financiamento dos gastos públicos em saúde<sup>6</sup>. Contribui para essa situação o fato de que 90% dos municípios brasileiros possuem menos de 50 mil habitantes. A maioria dos casos apresentam pouco dinamismo econômico e baixa ou nula capacidade de arrecadação. Desta forma, a maioria dos municípios dependem de transferências intergovernamentais (como o Fundo de Participação do Municípios - FPM, por exemplo), para a sustentação da oferta dos serviços públicos locais; e a distribuição da receita disponível depois dessas transferências intergovernamentais muda completamente, aumentando a disponibilidade para o financiamento dos serviços em saúde nestas localidades. Além disso, a assimetria na capacidade de arrecadação faz com que muitos municípios, principalmente os das regiões Norte e Nordeste do país, tendam a fazer esforços significativos no aporte financeiro dos serviços públicos em saúde quando comparados aos municípios mais ricos e à União.

As transferências de recursos federais com destinação possível a ações de saúde podem ter duas naturezas quanto à forma que são repassados aos municípios. A primeira é uma simples repartição de receitas da União via FPM, o qual consiste em uma transferência financeira para os municípios, o qual tem o poder de definir como

---

<sup>6</sup> No atual sistema tributário brasileiro, a arrecadação é bastante concentrada nos cinco principais impostos, dos quais quatro são federais, o que faz com que o governo federal arrecade a maior parte das receitas do país (Arretche, 2004). Como destaca a autora, isso é algo estrutural e decorrente da extrema desigualdade da arrecadação de tributos no plano horizontal, isto é, entre os governos subnacionais brasileiros. No ano de 2016, por exemplo, a União foi responsável por 68,27% da arrecadação total, enquanto que os Estados e Municípios ficaram com 25,40% e 6,34%, respectivamente. Para mais detalhes ver: <http://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/estudos-e-tributarios-e-aduaneiros/estudos-e-estatisticas/carga-tributaria-no-brasil/carga-tributaria-2016.pdf>

aplicar esses recursos, nos limites da legislação. A segunda consiste em uma descentralização da execução de programas de âmbito nacional, que é o caso, por exemplo, das transferências do Piso da Atenção Básica Fixo (PAB fixo) e do Piso da Atenção Básica Variável (PAB variável). Neste sentido, pode-se dizer que a diferença dos dois tipos de recursos é basicamente na capacidade do município ter poder de decisão sobre como gastar o dinheiro<sup>7</sup>. Vale salientar que a política de saúde é nacional, sendo que há pactuação tripartite para os casos, não existindo imposição entre esferas de governo.

Ainda no segundo caso, o repasse consiste de uma transferência que se caracteriza por meio da simples descentralização de recursos diretamente de fundos da esfera federal para a municipal, e é muito utilizada para diversas implementações de ações na área de saúde através do Fundo Nacional de Saúde (FNS), que consiste em um fundo federal que administra os recursos orçamentários e financeiros destinados a saúde no país. Em geral, as transferências desse tipo são realizadas por ordem bancária, para as contas específicas dos municípios, criadas especialmente para gerir esse dinheiro.

Tais contas de financiamento foram um marco no que diz respeito a possibilidade de melhor controle dos recursos federais destinados aos municípios. Contas bancárias específicas para depósitos desse tipo já existiam desde o início dos anos de 1990, quando foi estabelecido o Pacto Pela Saúde (2006), que simplificou tais contas em apenas cinco, criando os antigos Blocos de Financiamento da Atenção Básica (que vigoraram até 2017). Tal Pacto, teve como objetivo estabelecer responsabilidades e compromissos entre os gestores do SUS nas três esferas do governo. Neste pacto, o Ministério da Saúde se preocupou em criar mecanismos para melhor organizar e fiscalizar as transferências de recursos federais para os entes da federação. Assim, com a Portaria de nº 204, de 29 de janeiro de 2007, foram criados 05 blocos de financiamento no SUS como sendo: Bloco da Atenção Básica, Bloco da Média e Alta Complexidade, Bloco da Vigilância em Saúde, Bloco de Assistência Farmacêutica, Bloco de Gestão e, por fim, Bloco de investimento na Rede de Serviços de Saúde. Através desses blocos passaram a serem feitos os repasses do Ministério da Saúde (através do Fundo Nacional de Saúde) para todos os municípios brasileiros através de contas bancárias específicas para diferentes ações de saúde.

---

<sup>7</sup> Como será mostrado adiante, essa última forma de transferência sofreu uma flexibilização em dezembro de 2017.

Tais blocos de financiamento vigoraram até dezembro de 2017, quando a Portaria de nº 3.992, de 28 de dezembro, extinguiu tais contas e as substituiu por apenas duas: o Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e o Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. O primeiro bloco, como o nome já diz, é destinado para o custeio dos serviços prestados, enquanto que o segundo é destinado para o financiamento de investimento como a aquisição de equipamentos, construção de prédios, etc. Esta mudança teve o intuito de permitir uma maior flexibilização no uso do dinheiro de acordos com as necessidades locais da população, e vale salientar que também não houve nenhuma alteração no método de cálculo e de distribuição dos recursos federais.

Segundo a nova Portaria, os municípios passariam a ter uma maior flexibilização no uso das transferências, mas de acordo com as especificidades de cada conta. Nesse caso, por exemplo, os recursos da conta de custeio jamais poderão ser gastos em ações prevista pelo financiamento da conta de investimento. Vale salientar que essa flexibilização é apenas financeira ou de fluxo de caixa, porque ainda foi mantida a obrigação dos Estados e Municípios em comprovarem o empenho, liquidação e pagamento de acordo com as subfunções que o Fundo Nacional de Saúde empenhou, liquidou e pagou para essa despesa de transferência. Além disso, é preciso demonstrar o cumprimento das metas pactuadas nas Comissões Intergestores Tripartite que serviram de base para a definição dos valores transferidos.

No que diz respeito ao antigo Bloco de Financiamento da Atenção Básica, este era dividido em duas subcontas: o PAB fixo e o PAB variável. Na primeira, os municípios recebiam financiamento para ações da atenção básica, cujos recursos eram transferidos mensalmente e de forma regular. Já na segunda, os recursos só eram repassados se o município aderisse a diferentes programas nacionais da atenção básica, que são os programas: Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, Compensação de Especificidades Regionais, Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas, Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, Incentivo para a Intenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória, ou qualquer outro que possa ser criado por meio de ato normativo específico.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2016, o repasse federal do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais e Estaduais foi da ordem de pouco mais de 64,67 bilhões de reais. Só o repasse aos municípios foi R\$ 49,50 bilhões, dois quais 55,64% foram para a média e alta complexidade, 33,53% para a atenção básica, 2% para a assistência farmacêutica, 4,67% para investimento e 4,16% para a vigilância em saúde. A atenção básica dos município abocanhou, neste ano, cerca de R\$ 16,6 bilhões, dos quais R\$ 5,714 bilhões corresponderam ao PAB fixo e R\$ 11,019 bilhões ao PAB variável. Com uma população estimada de 207,7 milhões de habitantes, essas transferências representaram, neste ano e nível de atenção, um investimento federal *per capita* corrente de R\$ 79,92. Vale destacar que em 2016, o montante das transferência do PAB variável ultrapassou o montante do PAB fixo, o que é natural. Como o objetivo do PAB fixo é dar uma garantia mínima de financiamento da atenção básica, se o município deseja mais recursos federais (desse tipo de transferência) será necessária a adesão dos programas nacionais da atenção básica citados no parágrafo anterior, bem como o cumprimento das obrigações e contrapartidas referentes a cada modalidade.

É pertinente também destacar que, ao longo dos anos, a participação do antigo bloco de financiamento da atenção básica dos recursos federais destinados aos estados e municípios vinha apresentando uma tendência de queda, contrastando com os financiamentos proporcionalmente cada vez maiores da antiga conta da média e alta complexidade de tratamento. Segundo dados do Fundo Nacional de Saúde, no ano 2000, por exemplo, a atenção básica recebia cerca de 34,84% do total do repasse, enquanto que em 2016, esse percentual era de 25,87%. Na média e alta complexidade, em contraste, tinha-se no ano 2000 uma representatividade de 55,31%, contra 62,69% em 2016. Isso apresenta uma alocação cada vez maior dos recursos em assistências como a hospitalar, cujo custo de tratamento médio por paciente tende a ser bem maior que a preventiva e ambulatorial, que são as típicas da atenção básica.

#### **4. A Atenção Básica e o PAB Fixo**

Segundo Paim et al. (2013), o desenvolvimento da atenção primária (conhecida no Brasil como atenção básica), tem recebido muito destaque no SUS. Impulsionada pelo processo de descentralização da execução de programas federais, a atenção básica tem o

objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, bem como implementar ações intersectoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças, sempre focando a ação em nível local e comunitário. Como ainda destacam os citados autores, para isso, têm sido utilizadas diversas estratégias de repasse de recursos (como, por exemplo, o PAB fixo) e organizacionais, em particular o Programa Saúde da Família, conhecido popularmente como PSF.

A ênfase desse programa é a organização para que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) se concentrem nas famílias e comunidades e integrem a assistência médica com a promoção de saúde e as ações preventivas (Paim et al., 2013). A UBS é uma estrutura física e organizacional que é (ou deveria ser) o primeiro contato dos usuários com o SUS. Ela é interconectada a toda a Rede de Atenção à Saúde do sistema e, em geral, é posicionada próximo de onde as pessoas vivem de modo a facilitar o máximo possível o acesso da população ao sistema público de saúde. Os serviços podem ser desde consultas médicas com clínicos gerais, odontologia e até serviços ambulatoriais e de enfermagem. Pode haver também o encaminhamento para especialidades, o serviço hospitalar, além da realização de alguns exames e a provisão gratuita de certos medicamentos.

O PAB fixo, que hoje representa cerca de um terço das transferências federais para a atenção primária, foi criado em 1997 (Portaria Ministerial nº 1.882) e, atualmente, a cobertura desse financiamento alcança 100% dos municípios do país. Segundo o Ministério da Saúde (2001), o PAB fixo foi um mecanismo criado com o intuito de superar a lógica do pagamento por produção do modelo “hospitalocêntrico”, estrutura que foi muito criticado por dar ênfase ao financiamento da doença em detrimento da atenção integral à saúde e privilegiar as localidades que já possuíam estruturas de serviços. Segundo Machado, Fortes e Somarriba (2004), o que torna a Lei do PAB um marco na redução da desigualdade do acesso à saúde, é que ele significou uma ruptura (pelo menos na atenção primária) com a estrutura dominante anterior de alocação dos recursos financeiros em função apenas de pagamentos por procedimentos.

Segundo Barbosa et al. (2016), anteriormente, quanto maior fosse o número de estabelecimentos ambulatoriais e postos de saúde, maior seria a possibilidade de o gestor municipal receber mais recursos do SUS devido ao faturamento de consultas e

procedimentos realizados. Assim, o objetivo dessa reestruturação de financiamento foi o de tornar o sistema da atenção básica mais equitativo, baseado na prevenção das doenças e na promoção da saúde (Melamed e Costa, 2003). Além disso, o valor repassado pelo governo federal aos municípios teve o intuito de servir como um reforço, ao ser somado às transferências estaduais e aos próprios recursos municipais destinados ao custeio de procedimentos e ações de atenção básica. Assim, essa mudança do modelo de financiamento da Atenção Básica não promoveu somente a ruptura com o modelo hospitalocêntrico, favorecendo a prevenção e a promoção da saúde, mas promoveu uma distribuição mais equânime dos recursos, uma vez que rompia com o modelo anterior (que favorecia os municípios mais estruturados) ao optar pelo financiamento *per capita*, não mais por produção.

Segundo o Ministério da Saúde (2001), o município só pode ser habilitado a receber o PAB fixo quando estiver em condições de gerir com independência os serviços de saúde do SUS. Para isso, a prefeitura deixa de ser uma simples prestadora de serviços e o secretário de saúde passa a ser o gestor do SUS no seu município. Ainda segundo o texto anteriormente citado, para habilitar-se, a prefeitura deve atender aos seguintes critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde:

- Ter um Fundo Municipal de Saúde onde o dinheiro possa ser depositado.
- Ter o funcionamento de um Conselho Municipal de Saúde.
- Ter disponibilidade de equipamentos e de pessoal capazes de operar os sistemas de dados do SUS, cujas informações devem ser repassadas regularmente.
- Apresentar um Plano Municipal de Saúde.

Essencialmente, no Plano de Saúde deverão ser levantados dados de saúde da população e do meio ambiente urbano e rural, bem como avaliado a capacidade de atendimento dos serviços de saúde existentes no município. Além disso, deve ser definido o objetivo e a estratégia das ações que serão implementadas. Uma vez habilitado, o município terá direito a receber os recursos referentes à parte fixa do PAB. Para ter acesso a parte variável, por outro lado, é preciso que o município faça adesão aos programas específicos do governo federal destinados a atenção básica, o que significa que este tipo de financiamento depende de ações específicas implementadas na localidade (Ministério da Saúde, 2001).

Desde a criação do PAB nos anos 1990, houve uma preocupação legal no que diz respeito ao direcionamento desse recurso, de modo que o dinheiro deveria ir para gastos de custeio e de capital referente apenas aos meios fins da saúde da atenção primária do município (ver anexos B e C), ou seja, nesse caso tinha-se uma verba dita popularmente como “carimbada”. Além disso, a transferência do recurso poderia ser suspensa a qualquer momento se o município não fizesse a prestação regular de contas ou a alimentação de informação sobre atendimentos ambulatoriais e internações no sistema de dados do SUS, como pode-se ver no anexo D. No entanto, com as recentes mudanças na regra de financiamento (com a Portaria de nº 3.992 de dezembro 2017), essa rigidez foi amenizada em alguns pontos, como por exemplo a possibilidade de aplicação dos recursos do PAB fixo em ações de saúde que não são específicas da atenção primária, mas de acordo com as necessidades de alocação de recursos prevista pelo prefeito, o secretário de saúde e o Plano de Saúde Municipal, desde que cumpra o pactuado na Comissão Intergestores Tripartite e respeite as subfunções orçamentárias adotadas pelo FNS para essas despesas de transferência. Por outro lado, a nova Portaria ainda determina que os recursos não poderão ser gastos com o pagamento de servidores inativos e servidores ativos e comissionados. Nos dois últimos casos, isso poderá ocorrer desde que eles sejam contratados para exclusivamente desempenhar funções relacionadas aos serviços previstos no Plano de Saúde Municipal.

Esta mudança na forma de financiamento do Ministério da Saúde possivelmente é uma tentativa de modernização da gestão e minimização de problemas oriundos do engessamento das receitas governamentais para determinados objetivos, e por engessamento de receitas entenda-se a rigidez ou vinculação de receitas à fins precisos. Como em qualquer mudança, naturalmente há argumentos prós e contras. Se por um lado, o engessamento de receitas pode dar uma maior garantia que o dinheiro não será desviado e gasto em determinada e específica ação de saúde pública; por outro lado, tal rigidez não necessariamente garantirá que os serviços prestados na ponta da cadeia do SUS sejam bons, uma vez que os recursos podem ser mal alocados e haver ineficiência no uso do dinheiro. Além disso, esse tipo de rigidez tende a não levar em conta a dinâmica das necessidades sociais, como uma mudança na estrutura demográfica que podem apresentar-se ao longo dos anos. Neste caso, por exemplo, o rápido envelhecimento da população exigiria a necessidade do maior financiamento de programas voltados a doenças nessa fase, em comparação a uma menor necessidade de

financiamento de programas voltados a saúde materno-infantil, por exemplo. Por outro lado, uma maior flexibilidade no uso do dinheiro não necessariamente garantirá que os prefeitos e secretários de saúde estarão mais atentos em suprir as reais necessidades da população local, além de dar maior margem a possibilidade de corrupção e desvios de finalidade.

É difícil prever o que poderá acontecer nos próximos anos como resultado dessa flexibilização. Uma forma de tentar antever este processo é observar, na literatura, os trabalhos empíricos que se propõem em verificar os efeitos de maiores financiamentos de receitas intergovernamentais nos municípios do país sobre alguns indicadores-chaves como corrupção e saúde. Um exemplo clássico é o artigo de Brollo et al. (2013), que verifica os efeitos dos maiores repasses do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) em indicadores de corrupção nos pequenos municípios do Brasil na década dos anos 2000. O uso do FPM foi proposital, primeiro por questões metodológicas de identificação causal, segundo porque esta receita é na maior parte dela uma receita “livre”, ou seja, uma vez cumprido o piso de destinação dos 25% das receitas próprias do município para educação e 15% para a saúde (e isso inclui o FPM, em ambos), o prefeito tem o livre uso do dinheiro para aplicar na provisão de diferentes serviços públicos, pagamentos de funcionários, investimentos, etc., ou seja, possui uma grande flexibilização no uso dos recursos públicos (evidentemente dentro dos limites legais).

O que o trabalho anteriormente citado evidencia através de uma metodologia econométrica de identificação causal, é que maiores transferências implicaram em maiores índices de corrupção e também influenciaram o processo político/eleitoral das localidades. O artigo evidencia resultados muito interessantes: *i*) na margem, receitas adicionais induziram a mais corrupção pelo fato de que com mais receitas, os prefeitos/gestores podem desviar mais sem chamar tanta atenção, ou seja, sem um prejuízo “mais perceptível” dos serviços públicos por parte da população; *ii*) receitas adicionais induziram a atração de políticos com piores qualidades educacionais; e *iii*) a combinação de *i* e *ii*, fez com que aumentasse as chances do prefeito ser reeleito. O contrário só ocorre nos municípios escolhidos aleatoriamente para participar de auditoria de suas contas pela Controladoria Geral da União (CCU), que por efeito de tornar pública as irregularidades, quando existiram, acabou por selecionar melhor os

prefeitos no processo eleitoral nos anos seguintes, via punição eleitoral por parte da população.

Um outro trabalho que evidencia o efeito dos repasses intergovernamentais, desta vez em um indicador de saúde, é o trabalho de Menezes (2017), que utilizou a mesma estratégia de identificação causal de Brollo et al. (2013) para verificar o efeito da maior descentralização de receitas intergovernamentais sobre o índice Firjan de saúde. O que o trabalho sugere é que uma maior descentralização gerou uma melhora do indicador. O trabalho evidencia também que os municípios auditados pelo CGU chegaram aos mesmo índice de saúde que os municípios não auditados, com menos receitas, ou seja, apresentaram uma maior eficiência no uso do dinheiro. Assim, inevitavelmente, o efeito das mudanças propostas pelo Ministério da Saúde na Portaria n° 3.992/2017 precisará ser avaliado quantitativamente nos próximos anos, para termos a real dimensão dos efeitos práticos dessas mudanças nos indicadores de saúde do país, o que é uma boa oportunidade para estudos futuros que se debrucem mais empiricamente nesta temática.

Segundo a Confederação Nacional dos Municípios (2014), em geral, na regra que teve vigência até 28 de dezembro de 2017, a transferência de recursos do PAB fixo para o financiamento de ações não previstas no Plano de Saúde Municipal era vedada, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública na área de saúde, desde que devidamente justificadas. Além disso, estes recursos jamais poderiam substituir as fontes financeiras próprias do orçamento do município. No caso de ações e serviços novos, não previstos no Plano de Saúde Municipal, estes deveriam ser submetidos à aprovação do respectivo Conselho de Saúde, que também deveria aprovar as inclusões e as alterações do Plano, contemplando, no mesmo exercício, as novas demandas. Outra restrição legal era a proibição de se destinar subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa. Todas essas restrições faziam com que pudessem ser custeadas com o PAB fixo (até dezembro de 2017), apenas os procedimentos pertinentes à atenção básica da saúde, como pode-se ver em detalhes nos anexos B e C.

Como destacam Mendes e Marques (2014), quando o PAB fixo foi instituído determinou-se um valor fixado em R\$ 10,00 habitante/ano, e posteriormente, em 2006, o valor chegou ao nível R\$ 18,00 por habitante/ano (ambos valores correntes). Vale salientar que, de acordo com o trabalho dos autores anteriormente citados, o valor

inicial instituído (R\$ 10,00) já estava defasado, uma vez que estudos à época indicavam que tal quantia deveria corresponder à R\$ 12,00 *per capita*. No ano de 2011, houve algumas importantes mudanças no que diz respeito as regras desse financiamento, de modo que pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1.602, o repasse monetário passou a variar de acordo com o porte populacional do município e alguns indicadores socioeconômicos, ficando entre R\$ 18,00 e R\$ 23,00 habitante/ano, em termos nominais. Atualmente, o valor do repasse do PAB fixo é regido pela Portaria nº 1.409 de 10 de julho de 2013<sup>8</sup> que classificou os municípios brasileiros em quatro grupos de financiamento (ver anexo E). Essa classificação estabeleceu uma distribuição que ficou: Grupo 1, com 70,25% dos municípios, Grupo 2 com 19,84%, Grupo 3 com 6,98% e Grupo 4 com 2,93% dos municípios, cuja distribuição geográfica no país, pode ser visualizada na Figura 1 do anexo F.

Como já destacado, a partir de 2011, a regra do repasse do PAB fixo passou a ser baseada no porte populacional e em alguns indicadores socioeconômicos. Pode-se ver no anexo E, que existem dois critérios de repasse, que vai fazer o município se enquadrar ou não em determinado grupo de financiamento: um corresponde ao *score* do indicador desenvolvido pelo Ministério da Saúde (através de uma série de procedimentos estatísticos e de normalização), e o outro dependerá de cortes populacionais. Analisando a regra de repasse apenas pelo critério populacional, têm-se: no grupo 1, municípios com até 50 mil habitantes e que devem receber R\$ 28,00 *per capita*; no grupo 2, municípios com mais de 50 mil habitantes e até 100 mil habitantes, que devem receber R\$ 26,00 *per capita*; no grupo 3, municípios com mais de 100 mil habitantes e até 500 mil habitantes, que devem receber R\$ 24,00 *per capita*; e por fim, no grupo 4, municípios com mais de 500 mil habitantes que devem receber R\$ 23,00 de transferências teóricas *per capita*.

O repasse *per capita* maior para municípios menos populosos é proposital. A ideia é justamente tornar mais equânime a capacidade de financiamento da atenção básica de municípios ricos e pobres<sup>9</sup>. Atualmente, aproximadamente 90% dos municípios do país

---

<sup>8</sup> Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1409\\_10\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1409_10_07_2013.html)

<sup>9</sup> No Brasil, as transferências fiscais tendem a ter um limitado efeito equalizador sobre as diferenças interestaduais e intermunicipais de capacidade de gasto, sendo assim, necessária a ação do governo federal para viabilizar patamares básicos de produção de serviços sociais. Em suma, a gestão federal dos programas sociais se justifica tanto por razões relacionadas à coordenação das decisões dos governos locais quanto para corrigir desigualdades de capacidade de gasto entre estados e municípios (Arretche, 2004).

possuem menos de 50 mil habitantes. E como destacam Brollo et al. (2013), boa parte deles apresentam baixa capacidade de arrecadação de receitas tributárias própria, dependendo muito de transferências intergovernamentais para financiar seus serviços públicos. Pode-se ver nas Figuras 2, 3 e 4 (anexo G), o comportamento da média de financiamento nos diferentes grupos estabelecido pela regra populacional do PAB fixo. As Figuras mostram que os municípios que recebem mais financiamento (*per capita*) tem menor tamanho populacional absoluto justamente pelo fato do PAB fixo procurar tornar mais equânime os recursos municipais destinados a tais fins, entre diferentes localidades<sup>10</sup>.

Por fim, vale salientar que, embora o Ministério tenha garantido uma transferência teórica *per capita*, na prática o que existem são transferências reais (no sentido de efetivas) que podem destoar (e muito) da que é estabelecido na Portaria que atualmente regula os pisos do PAB fixo (Portaria nº 1.409/2013). O primeiro motivo é a perda do poder de compra da moeda ao longo do tempo. Inevitavelmente, o processo inflacionário entre um e outro reajuste do repasse teórico, diminui a capacidade do poder de compra desse dinheiro ao longo dos anos. A última atualização do valor nominal do piso, por exemplo, ocorreu em 2013. Isso faz com que os anos de 2014 em diante, por exemplo, tenham em termos reais, transferências *per capita* menores do que a definida em Portaria. Entre 10 de Julho de 2013 e 30 de Junho de 2018, por exemplo, o IPCA acumulado do Brasil foi de 35,75%, e se os valores de repasse tivessem sido atualizados por esse índice, ter-se-ia os valores apresentados na Tabela 1, o que mostra uma elevada defasagem de correção monetária só nesse período de análise.

**Tabela 1. Valores *per capita* atribuídos aos grupos de PAB fixo e valores *per capita* corrigidos pelo IPCA (2013-2018<sup>11</sup>).**

	Valor de Repasse	Valor Corrigido Pelo IPCA
<b>Grupo 4</b>	R\$ 23,00	R\$ 31,22
<b>Grupo 3</b>	R\$ 24,00	R\$ 32,58
<b>Grupo 2</b>	R\$ 26,00	R\$ 35,29
<b>Grupo 1</b>	R\$ 28,00	R\$ 38,01

Fonte: Portaria do PAB fixo.

<sup>10</sup> Como é mostrado no Anexo E, o tamanho populacional e alguns indicadores locais são os determinantes na definição do piso e enquadramento no grupo de financiamento do PAB fixo. De forma geral, quanto maior a população e pior os indicadores, maiores os repasses *per capita*. O contrário se mantém.

<sup>11</sup> Período compreendido entre 10-07-2013 e 30-06-2018.

Um outro ponto importante é a dinâmica populacional dos municípios. Localidades que apresentam um grande crescimento populacional ao longo dos anos terão menores repasses efetivos *per capita* do PAB fixo, uma vez que como o montante de recursos transferidos para o município não muda (é travado pela população estimada em 2012 e usada para os critérios de repasse exposto na Portaria), mas a população local tende a crescer, isso aumenta, inevitavelmente, a diferença entre a transferência *per capita* efetiva (o montante de dinheiro estabelecido na Portaria e a população corrente) e o piso estabelecido (montante de dinheiro estabelecido na Portaria e a população do ano referência, 2012). Neste caso, o repasse efetivo apresenta uma defasagem populacional que tende a aumentar com o passar dos anos<sup>12</sup>.

Para ver isso, basta observar as Figuras 5 e 6 (anexo H), que mostram as transferências teóricas (estabelecidas na Portaria) e as transferências efetivas (quando se leva em conta a mudança populacional) para o ano de 2014. A Portaria de 2013, se baseou na população dos municípios estimada pelo IBGE para o ano de 2012. Em 2014, naturalmente, houve uma mudança populacional nos municípios em relação a 2012, fazendo com que, em boa parte deles, o repasse real *per capita* não coincidissem (para menos) com o que estava previsto pelo Ministério da Saúde. Como em geral, os municípios tendem a apresentar um crescimento populacional positivo e de aumento de demandas de saúde ao longo dos anos, isso se torna um problema sério. Assim, além do efeito de corrosão do processo inflacionário, o piso não é obedecido pelo fato de que também a regra do repasse não leva em conta a dinâmica populacional das localidades ao longo dos anos<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Veja um exemplo prático para o entendimento dessa dinâmica. São Paulo é a maior cidade do país e em 2012 possuía 11.376.685 habitantes. Em 2013, o governo federal estabeleceu o repasse do PAB fixo em R\$ 261.663.755,04, que enquadrava a cidade no piso de R\$ 23,00 *per capita*, baseando-se na população estimada do ano anterior. No ano de 2014, que foi o primeiro ano de repasse das transferências completamente por essa nova regra, o valor total da transferência não foi alterado em termos nominais, mas a população passou a ser de 11.967.825 (um aumento de 5,19% em relação a 2012). Isso fez com que a transferência efetiva *per capita* do PAB fixo fosse de R\$ 21,86, ou seja, um valor menor do que foi estabelecido pela Portaria. Isso sem levar em conta o efeito da inflação.

<sup>13</sup> Recentemente, em 28/12/2017, o Ministério da Saúde atualizou o valor das transferências totais do Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), usando a estimativa populacional IBGE de 2016, gerando assim um aumento anual de R\$ 306 milhões para a atenção básica dos municípios. Anteriormente para o cálculo deste repasse era utilizado a estimativa de 2012. A partir da atualização, até 2020, o aporte total do Governo Federal será de mais R\$ 15 bilhões. Os valores mínimos utilizados para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, permanece em R\$ 28,00 (vinte e oito reais), R\$ 26,00 (vinte e seis reais), R\$ 24,00 (vinte e quatro reais) e R\$ 23,00 (vinte e três reais) por habitante ao ano, com base nos grupos em que os municípios são distribuídos, conforme a Portaria nº 3.947, de 28 de dezembro de 2017. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=\\_&cod=2510](http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2510)

## 5. Considerações Finais

O trabalho se propôs a descrever os repasses federais para a atenção básica no âmbito do SUS, mais especificamente as transferências feitas para os municípios por meio do PAB Fixo. Teve como meta fazer uma descrição bastante detalhada dessa modalidade de transferência, apresentando um caráter preponderantemente descritivo. Para isso, primeiramente, foi apresentada uma rápida descrição sobre a origem do SUS e o longo processo de aperfeiçoamento do seu mecanismo de financiamento nas três esferas de governo, enfatizando sua característica descentralizadora. Depois, destrinchou-se alguns aspectos de como se dá a transferência dos recursos do governo central para os municípios, bem como apresentada as ações e serviços de atenção básica ofertados nessa esfera governamental.

O artigo também expôs questões sobre a origem institucional do SUS, a lenta evolução do seu mecanismo de financiamento e, por fim, as características da sustentação financeira federal da atenção básica municipal pelo PAB fixo. Neste último ponto, viu-se como o PAB fixo representou uma ruptura na forma de financiamento, antes baseada apenas na capacidade local de produção em serviços de saúde, numa tentativa de diminuir as desigualdade de acesso à esse bem entre municípios ricos e pobres. Mostrou-se, adicionalmente, as regras da definição do valor financiado para cada município, as recomendações para prestações de contas do uso desse dinheiro por parte dos gestores locais, bem como as possibilidades e restrições do uso desse dinheiro no pagamento de ações em saúde.

Além disso, os dados estatísticos mostrados neste trabalho nos evidenciam que, embora os maiores repasses *per capita* tendam a ser direcionados para os municípios menos populosos, a dinâmica populacional é um importante fator que diminui a tentativa de equalização na capacidade de financiamento, uma vez que o repasse *per capita* efetivo tende a se tornar cada vez menor à medida que a população municipal cresce ao longo dos anos, podendo resultar em uma dificuldade dos municípios realizarem a provisão adequada de serviços de saúde no nível primário de atenção.

Por fim, o trabalho evidencia a falta de atualização do valor monetário dessa transferência intergovernamental. Foi exposto que o valor *per capita* e/ou uma atualização dos critérios de repasse não têm sido feitas desde 2013. A falta de uma regra

para o reajuste periódico do piso ou de como tratar as rápidas mudanças populacionais nas localidades (que alteram os repasses *per capita*) são problemas a serem enfrentados pelo Ministério da Saúde. Os dois problemas podem ser resolvidos através da criação de regras automáticas de repasse. No caso da dinâmica populacional, a atualização pela estimativa anual que o IBGE faz para os municípios. A outra é a atualização monetária (pelo IPCA) das transferências. Uma vez não são feitas estas mudanças, o Piso da Atenção Básica Fixo não cumprirá a sua função primordial que é a de garantir um mínimo de financiamento *per capita* na Atenção Básica dos municípios do país.

## **Referências**

ANDRETTI, M.; ROSA, F. Eficiência dos gastos públicos em saúde no Brasil: estudo sobre o desempenho de estados brasileiros. In: **Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC**. 2015.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 331-345, 2003.

ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

BAICKER, K.; CHANDRA, A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. **Health Affairs**, v. 23, n. 3, p. 291-291, 2004.

BARBOSA, M. G. et al. Financiamento da atenção básica à saúde no Brasil: do piso da atenção básica à remuneração por desempenho. **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB)**. 1. ed. **Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 101-123**, 2016.

BASTOS, F.; SANTOS, E.; TOVO, M. Capital social e sistema único de saúde (SUS) no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 177-188, 2009.

BROLLO, F. et al. The political resource curse. **The American Economic Review**, v. 103, n. 5, p. 1759-1796, 2013.

CAMINAL, H. et al. Primary health care and hospitalization in ambulatory care sensitive conditions in Catalonia. **Rev Clin Esp**, v. 201, p. 501-507, 2001.

Confederação Nacional de Municípios (CNM). **Recursos financeiros no Sistema Único de Saúde**, Brasília, 2014.

DIAS, L.; MATIAS-PEREIRA, J.; FARIAS, M.; PAMPLONA, V. Fatores Associados ao Desperdício de Recursos da Saúde Repassados pela União aos Municípios Auditados pela Controladoria Geral da União. **Revista Contabilidade & Finanças-USP**, v. 24, n. 63, 2013.

MARQUES, R.; MENDES, A. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 345-362, 2012.

MAZON, L.; MASCARENHAS, L.; DALLABRIDA, V. Eficiência dos gastos públicos em saúde: desafio para municípios de Santa Catarina. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 23-33, 2015.

MELAMED, C.; COSTA, N. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, 2003.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 900-916, 2014.

MENDES, A. Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no estado de São Paulo (1995-2001). Tese (Doutorado em Ciências Econômicas). – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

MENEZES, A. **The Impact of Decentralization Revenue on Economic Growth and Wellbeing**. In: I Congress Latin American and Caribbean Regional Science Association International/ XV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos, São Paulo, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Atenção Básica: Parte Fixa**. Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, Brasília, 2001.

NEDEL, F. B. et al. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1145-1154, 2011.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios, 2011 377 (9779): 1778-97, v. 14, 2013.

REMOR, L.; REMOR, C.; MIRANDA, A.; VARVAKIS, G. Indicadores de saúde como apoio à gestão dos SUS. **InterSciencePlace**, v. 1, n. 15, 2015.

SIMÃO, J.; ORELLANO, V. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. **Estudos Econômicos (São Paulo)**, v. 45, n. 1, p. 33-63, 2015.

STARFIELD, B.; SHI, L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. **Health Policy**, v. 60, n. 3, p. 201-218, 2002.

## **Anexo A**

### **FONTES DE RECEITAS DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL<sup>14</sup>**

#### **I – Fontes de receitas da União:**

- a) Orçamento Fiscal – recursos provenientes dos impostos como o IPI, IOF e o IR.
- c) Orçamento da Seguridade Social – recursos provenientes das contribuições sociais como o COFINS, CSLL e PIS/PASEP.

#### **II – Fontes de receitas dos Estados:**

- a) Impostos Estaduais: ICMS, IPVA e ITCMD (sobre herança e doações).
- b) Transferências da União: cota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE), cota-parte do IPI-Exportação, transferências da Lei Complementar nº 87/96 – Lei Kandir.
- c) Imposto de Renda Retido na Fonte.
- d) Outras Receitas Correntes: receita da dívida ativa de impostos e multas, juros de mora e correção monetária de impostos.

Desse total, devem-se subtrair as transferências constitucionais e legais que são feitas aos municípios, que são: 25% do ICMS, 50% do IPVA e 25% do IPIExportação.

#### **III – Fontes de receitas dos Municípios:**

- a) Impostos Municipais: ISS, IPTU, ITBI (sobre transmissão de bens imóveis).
- b) Transferências da União: cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), cota-parte do ITR e transferências da Lei Complementar nº 87/96 – Lei Kandir.
- c) Imposto de Renda Retido na Fonte.
- d) Transferências do Estado: cota-parte do ICMS, cota-parte do IPVA e cota-parte do IPI-Exportação.
- e) Outras Receitas Correntes: receita da dívida ativa de impostos, multas, juros e correção monetária de impostos.

---

<sup>14</sup> Informações obtidas na cartilha “Entendendo o SUS”, disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>

## **Anexo B**

### **QUAIS AS AÇÕES DE SAÚDE QUE PODERIAM SER FINANCIADAS COM OS RECURSOS DO PAB FIXO (ATÉ 2017)?<sup>15</sup>**

O Piso de Atenção Básica (PAB) consiste em um valor mínimo de recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, tipicamente municipal. Esses recursos financiam:

- a) consultas médicas em especialidades básicas;
- b) atendimento odontológico básico;
- c) atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior e nível médio;
- d) visita e atendimento ambulatorial e domiciliar do Programa de Saúde da Família (PSF);
- e) vacinação;
- f) atividades educativas a grupos da comunidade;
- g) assistência pré-natal e ao parto domiciliar;
- h) atividades de planejamento familiar;
- i) pequenas cirurgias;
- j) pronto atendimento em unidade básica de saúde.

Exemplificando as ações e as atividades da Atenção Básica:

- a) executadas por profissionais de nível médio:
  - a.1) aplicação de vacinas; administração de medicamentos, inclusive tuberculose; coleta de linfa para pesquisa de hanseníase; coleta de material para exame laboratorial;

---

<sup>15</sup> Transcrição do texto “Recursos financeiros no Sistema Único de Saúde” da Confederação Nacional de Municípios (2014), páginas 12-14.

Disponível em:

[https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Recursos%20financeiros%20no%20SUS%20\(2014\).pdf](https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Recursos%20financeiros%20no%20SUS%20(2014).pdf)

inalação e nebulização; retirada de pontos por pacientes; terapia de reidratação oral; pesquisa de plasmódios-gota espessa (diagnóstico malária).

b) atividades em grupo:

b.1) atividade educativa em grupo da comunidade por profissional de nível médio; atividades executadas por ACS; visita domiciliar por profissional de nível médio.

c) executadas por profissionais de nível superior:

c.1) consulta/atendimento de enfermeiro; terapias em grupo executadas por profissional de nível superior; terapias individuais; atividade educativa em grupo da comunidade por profissional de nível superior; atividade educativa em grupo da comunidade por PACS/PSF; consulta/ atendimento na unidade do PACS/PSF; visita domiciliar/consulta/atendimento pelo PACS/PSF.

d) consulta médica:

d.1) do PSF; de pré-natal domiciliar; para hanseníase; em clínica médica; em ginecologia; em obstetrícia; em pediatria; consulta/atendimento urgência (com remoção).

e) procedimentos médicos cirúrgicos:

e.1) excisão/sutura simples de pequenas lesões de pele/mucosa; frenectomia; retirada de corpo estranho da cavidade auditiva/nasal; incisão e drenagem de abscesso.

f) básicas em odontologia:

f.1) procedimentos coletivos;

f.2) consulta odontológica – primeira consulta;

f.3) odontologia preventiva: aplicação de cariostático por dente; escariação por dente; controle da placa bacteriana; aplicação de selante por dente;

f.4) dentística básica: capeamento pulpar direto em dente permanente; pulpotomia de dente decíduo ou permanente; restauração compósito de duas ou mais faces; restauração

com amálgama de uma face; restauração com silicato duas ou mais faces; restauração a pino; restauração fotopolimerizável uma face;

f.5) odontologia cirúrgica básica: exodontia de dente decíduo; remoção de resto radicular; exodontia de dente permanente; tratamento de alveolite; ulotomia; tratamento de hemorragia; tratamento conservador osteomielite.

g) básicos em vigilância sanitária:

g.1) coleta de amostra para análise, por fiscal em vigilância sanitária;

g.2) atividade educativa em grupo da comunidade pela vigilância sanitária;

g.3) inspeção sanitária em: piscina uso público e restrito; terreno baldio; canteiro de obra; hotéis, motéis e congêneres; cemitério/necrotério e crematório; dispensário de medicamentos;

g.4) inspeção zoossanitária.

## **Anexo C**

### **APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS DO PAB FIXO (VIGENTE ATÉ 28 DE DEZEMBRO 2017)**

Portaria nº 3.925 (Ministério da Saúde) de 13 de novembro de 1998<sup>16</sup>

Os recursos financeiros do PAB poderão ser utilizados em todas as despesas de custeio e capital relacionadas entre as responsabilidades definidas para a gestão da atenção básica e coerentes com as diretrizes do Plano Municipal de Saúde, que é a base das atividades e programações desse nível de direção do SUS, sendo vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações nele não previstas e de acordo com as seguintes orientações:

I - Todas as despesas de custeio da Atenção Básica podem ser realizadas com recursos do PAB, excluindo:

- pagamento de servidores inativos; e pagamento de gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às unidades de atenção básica;
- pagamento de assessorias / consultorias prestadas por servidor público, quando pertencente ao quadro permanente dos municípios;
- transferência de recursos na forma de contribuições, auxílios ou subvenções a instituições privadas, inclusive as filantrópicas.

II - Todas as despesas de capital relacionadas à rede básica podem ser realizadas com recursos do PAB, excluindo:

- a aquisição e reforma de imóveis não destinados à prestação direta de serviços de saúde à população;
- a aquisição de equipamentos e materiais permanentes, incluindo veículos de qualquer natureza, não destinados à realização das ações de atenção básica.

III - As despesas decorrentes de ações de saúde de média e alta complexidade e de assistência hospitalar não devem ser realizadas com recursos do PAB.

---

<sup>16</sup> Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925\\_13\\_11\\_1998\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html)

IV - As ações de saneamento, que venham ser executadas supletivamente pelo SUS, serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros, da União, Estados, Distrito Federal e municípios, conforme o parágrafo 3º, do Artigo 31, da Lei nº 8080/90.

V - Os recursos do PAB não devem substituir as fontes de recursos próprios do orçamento do município.

## **Anexo D**

### **PRESTAÇÃO DE CONTAS DOS RECURSOS FINANCEIROS DO PAB FIXO**

Portaria nº 3.925 (Ministério da Saúde) de 13 de novembro de 1998<sup>17</sup>

De acordo com o Art. 6º, do Decreto nº 1651/95, a comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, na forma do Decreto nº 1232/94, que trata das transferências fundo a fundo, deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado, por meio de relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Da mesma forma, a prestação de contas dos valores recebidos e aplicados no período, deve ser aprovada no Conselho Municipal de Saúde e encaminhada ao Tribunal de Contas do Estado ou Município, e, se for o caso, à Câmara Municipal.

A demonstração da movimentação dos recursos de cada conta deverá ser efetuada mediante a apresentação de extratos bancários e de sua respectiva conciliação bancária, seja na Prestação de Contas ou quando solicitada pelos órgãos de controle.

É importante salientar que o Art. 6º, da Portaria GM/MS nº 1882, de 18/12/97, estabelece que a transferência dos recursos do PAB será suspensa caso os municípios, por dois meses consecutivos, deixem de fornecer à Secretaria de Estado da Saúde, para que estas enviem ao Ministério da Saúde, as informações dos bancos de dados nacionais, a seguir:

I - Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM

II - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

III - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN

IV - Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação - SINAN

V - outros que venham a ser implantados.

O mesmo se aplica à falta de alimentação dos dados relativos ao Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS.

---

<sup>17</sup> Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925\\_13\\_11\\_1998\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html)

A Portaria GM/MS nº 157, de 19 de fevereiro de 1998, no seu Art. 12 estabelece que a transferência dos recursos relativos aos incentivos PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde e PSF - Programa de Saúde da Família será suspensa caso os municípios, por um período de dois meses consecutivos ou três meses alternados, deixem de alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Os municípios que venham a implantar esses programas terão três meses, após a sua qualificação, para cumprir essa exigência.

## Anexo E

### PORTARIA DO PAB FIXO QUE ATUALMENTE REGULAMENTA AS TRANSFERÊNCIA DO FINANCIAMENTO

Portaria nº 1.409 (Ministério da Saúde) de 10 de julho de 2013<sup>18</sup>

Para a definição do valor mínimo do PAB fixo, o critério adotado foi a distribuição dos municípios em quatro faixas, de acordo 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.

O PIB *per capita* refere-se ao ano de 2010 e é disponibilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Devido à enorme disparidade entre o menor e o maior valor, utilizou-se uma técnica de normalização para atribuir uma pontuação de 0 a 5 para a metade dos municípios com os menores valores do PIB *per capita*. A outra metade recebeu pontuação distribuída de 5 a 10 de acordo com o valor.

A densidade demográfica também é disponibilizada pelo IBGE. Assim como no caso do PIB *per capita*, este indicador apresenta grande disparidade entre o menor e o maior valor. Foi necessário utilizar a mesma técnica de normalização para atribuir esta pontuação.

Os dados referentes à cobertura da população de cada município com planos de saúde são do ano de 2012 disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde (ANS). Cada município obteve uma pontuação de 0 a 10, de acordo com o percentual de pessoas com plano de assistência médica.

O percentual da população em extrema pobreza foi disponibilizado pelo IBGE, com base no universo preliminar do Censo Demográfico 2010. Cada município obteve uma pontuação de 0 a 10, de acordo com o percentual de pessoas que não estão nesta condição.

---

<sup>18</sup> 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)

O percentual da população com Bolsa Família foi consultado no endereço eletrônico do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, referente ao ano de 2010. Cada município obteve uma pontuação de 0 a 10, de acordo com o percentual de pessoas que não estão nesta condição.

Para alcançar a pontuação final foi utilizado, para cada município, a menor pontuação entre a População com Bolsa Família ou a População em Extrema Pobreza.

Foram atribuídos os seguintes pesos para as variáveis:

- PIB *per capita* (peso 2)
- Percentual da população com Bolsa Família ou percentual da população em Extrema Pobreza (peso 1)
- Percentual da população com Plano de Saúde (peso 0,5)
- Densidade demográfica (peso 1)

Com base na pontuação final, os municípios foram distribuídos em quatro grupos:

Grupo I - Municípios com pontuação menor que 5,3 e população de até 50 mil habitantes.

Grupo II - Municípios com pontuação entre 5,3 e 5,8 e população de até 100 mil habitantes; e os municípios com pontuação menor que 5,3 e população entre 50 e 100 mil habitantes.

Grupo III - Municípios com pontuação entre 5,8 e 6,1 e população de até 500 mil habitantes; e os municípios com pontuação menor que 5,8 e população entre 100 e 500 mil habitantes.

Grupo IV - Municípios não contemplados nos itens anteriores

Depois da definição dos municípios e cada grupo, atribuiu-se o valor do piso:

I - O valor mínimo para os municípios integrantes do Grupo I passa para R\$ 28,00 (vinte e oito reais) por habitante ao ano.

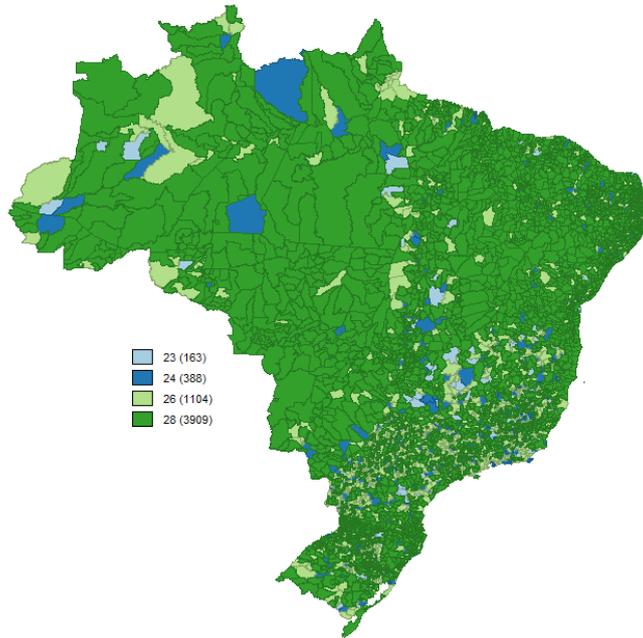
II - O valor mínimo para os municípios do Grupo II passa para R\$ 26,00 (vinte e seis reais) por habitante ao ano.

III - O valor mínimo para os municípios do Grupo III passa para R\$ 24,00 (vinte e quatro reais) por habitante ao ano.

IV - O valor mínimo para os municípios integrantes do Grupo IV passa para R\$ 23,00 (vinte e três reais) por habitante ao ano.

## Anexo F

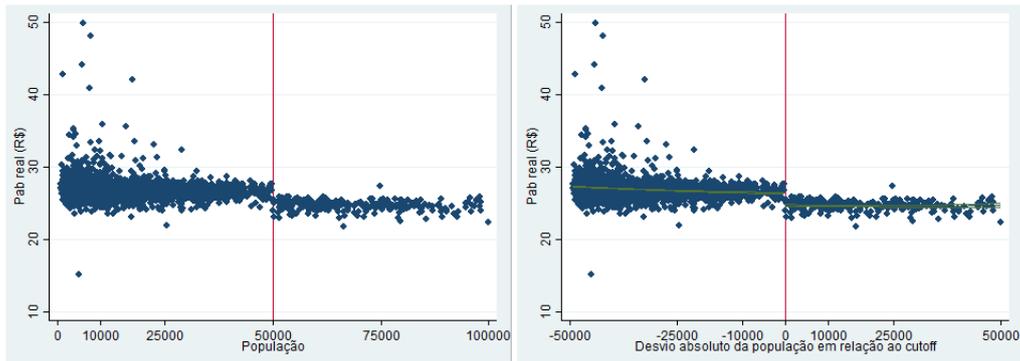
**Figura 1. Distribuição espacial das transferências do PAB fixo estabelecidos na Portaria N° 1.409 (Ministério da Saúde) de 10 de julho de 2013.**



Fonte: Portaria do PAB fixo.

## Anexo G

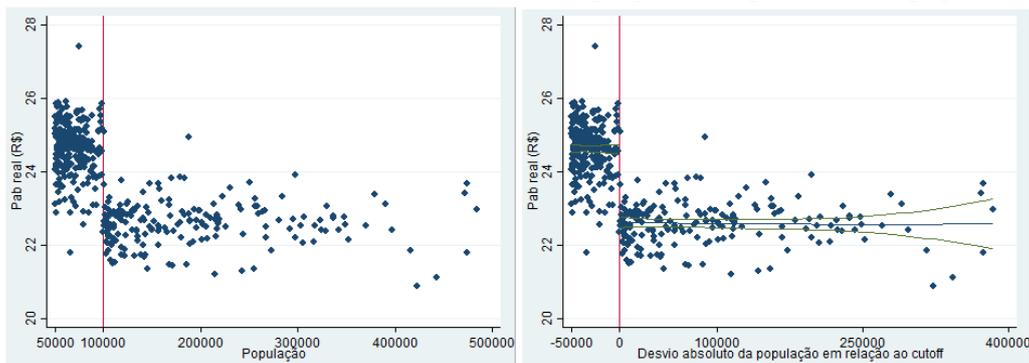
**Figura 2. Transferências efetivas do PAB fixo dos grupos 1 e 2 pelo critério populacional.**



Fonte: Fundo Nacional de Saúde (2014-2016).

Nota: a figura da esquerda mostra o *scatterplot* do PAB efetivo versus o tamanho populacional do município. Na figura da direita temos a estimação da média (ajustada com um polinômio de segunda ordem) e do desvio padrão a um intervalo de confiança de 95%.

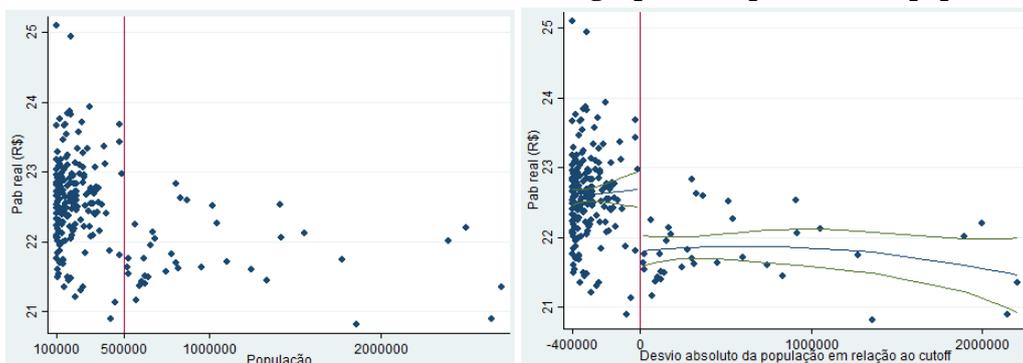
**Figura 3. Transferências efetivas do PAB fixo dos grupos 2 e 3 pelo critério populacional.**



Fonte: Fundo Nacional de Saúde (2014-2016).

Nota: a figura da esquerda mostra o *scatterplot* do PAB efetivo versus o tamanho populacional do município. Na figura da direita temos a estimação da média (ajustada com um polinômio de segunda ordem) e do desvio padrão a um intervalo de confiança de 95%.

**Figura 4. Transferências efetivas do PAB fixo dos grupos 3 e 4 pelo critério populacional.**

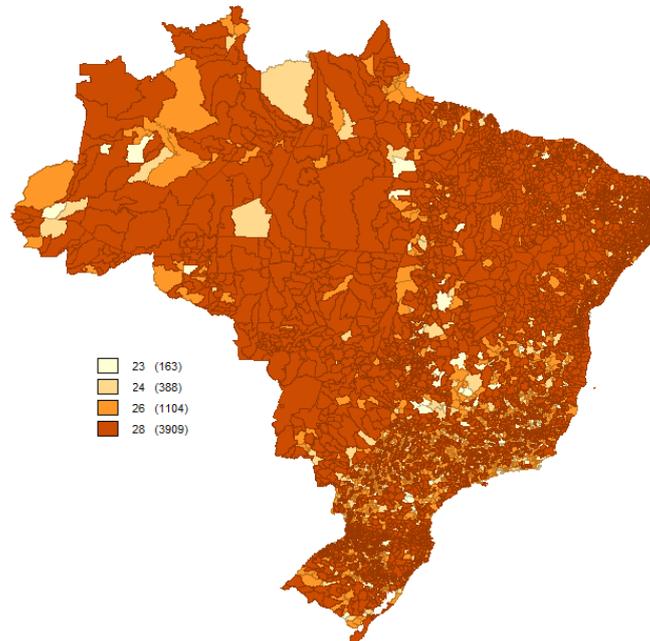


Fonte: Fundo Nacional de Saúde (2014-2016).

Nota: a figura da esquerda mostra o *scatterplot* do PAB efetivo versus o tamanho populacional do município. Na figura da direita temos a estimação da média (ajustada com um polinômio de segunda ordem) e do desvio padrão a um intervalo de confiança de 95%.

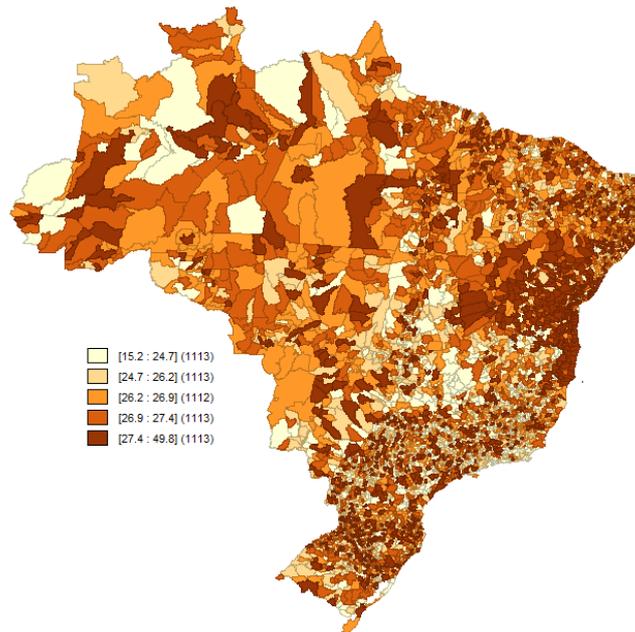
## Anexo H

**Figura 5. Distribuição espacial das transferências teóricas do PAB fixo em 2014.**



Fonte: Portaria do PAB fixo.

**Figura 6. Distribuição espacial das transferências efetivas do PAB fixo em 2014.**



Fonte: Fundo Nacional de Saúde.