



## TEXTO PREPARATÓRIO PARA O ABRASCÃO 2018

### Financiamento da atenção básica no SUS

Ana Luisa Barros de Castro<sup>1</sup>  
Luciana Dias de Lima<sup>2</sup>  
Cristiani Vieira Machado<sup>2</sup>

#### Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) promoveu importantes transformações no modelo de atenção e de financiamento federal da política de saúde no Brasil, proporcionando a expansão do acesso às ações e serviços de saúde em todo território nacional. Tais transformações se relacionam tanto às mudanças no arranjo federativo instaurado após a Constituição de 1988 e ao processo de descentralização, como ao destaque assumido pela atenção básica na agenda setorial, principalmente a partir de meados da década de 1990.

A atenção básica passou a ocupar lugar de destaque na agenda federal após a criação, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), cujo modelo de atenção está voltado para a proteção e promoção da saúde, através da atenção integral com enfoque na família. Desde sua criação, a ênfase neste modelo de atenção perpassou diferentes gestões ministeriais, caracterizando-se como elemento de continuidade em relação à política de saúde, e gerou numerosas mudanças, que vão desde a organização do sistema, até a introdução de novas modalidades de alocação de recursos (Machado, Baptista & Nogueira, 2011; Barros & Fausto, 2012). Vale ressaltar que as mudanças no financiamento federal dessa política foram cruciais para a expansão da estratégia no Brasil.

---

<sup>1</sup> Chefe do Setor de Planejamento em Saúde do Hospital Federal da Lagoa.

<sup>2</sup> Pesquisadoras e Professoras da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

Em que pese o sucesso da expansão da ESF no país, após 30 anos de APS no SUS, é possível afirmar que este modelo esbarrou em questões histórico-estruturais fundamentais para sua consolidação como porta de entrada e reorientadora do modelo de atenção. Dentre elas, destaca-se a necessidade de garantia de aportes suficientes e estáveis de recursos financeiros, um dos grandes desafios e fator limitador à concretização dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, esse breve texto busca refletir sobre o financiamento da atenção básica no Brasil. Destacam-se os principais avanços e desafios da atenção primária à saúde (APS) no SUS, com ênfase nas mudanças promovidas a partir da alteração na lógica do financiamento federal para esse nível de atenção. Em seguida, discutem-se algumas mudanças recentes que repercutem no financiamento federal da saúde, bem como seu impacto às conquistas alcançadas com a expansão da atenção básica no Brasil. Por último, destacam-se algumas estratégias e proposições para o enfrentamento dos principais desafios relacionados ao financiamento da APS.

### **Avanços e desafios do financiamento da APS no SUS**

Com a criação do SUS, o financiamento da saúde passou a ser tripartite, envolvendo recursos oriundos da União, dos estados e dos municípios, o que também se expressou na atenção básica. Ainda que ao longo da década de 1990 tenha-se observado queda progressiva na participação dos recursos federais, naquela década esta permaneceu acima de 50%, corroborando seu papel relevante (Faveret, 2003). De início, os critérios de distribuição de recursos federais para o financiamento das ações de atenção básica em saúde eram centrados na produção de serviços, privilegiando assim os municípios com maior capacidade de oferta, em geral situados nos estados das regiões Sul e Sudeste. Entretanto, mudanças relacionadas aos mecanismos de transferência destes recursos permitiram a expansão da atenção básica de forma acoplada ao avanço do processo de descentralização do setor saúde, com ênfase na municipalização.

Embora coexistissem dois modelos de atenção básica no SUS, o tradicional e o da saúde da família (Souza, 2011), o Programa Saúde da Família se consagrou como a principal estratégia para reestruturação da atenção básica no SUS. Viana & Dal Poz (1998) ressaltam ainda que os diferentes tipos de mudanças na organização do sistema de saúde geradas pelo PSF fizeram com que este programa se constituísse em uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil (Viana & Dal Poz, 1998).

Dentre os principais desafios colocados por este processo vale mencionar a questão da heterogeneidade dos municípios brasileiros no que diz respeito às desigualdades sociais, regionais e capacidade de gestão do sistema. Grande parte dos municípios no país é de pequeno porte, e apresenta base econômica restrita para sua sustentação sendo, portanto, altamente dependentes de transferências intergovernamentais. Em muitos deles não havia sequer uma base técnica local para formular e implementar políticas de saúde, ou mesmo assumir a gestão da rede de serviços de saúde, nos casos onde havia serviços de saúde instalados.

O processo de descentralização no SUS foi regulado pela edição de atos executivos federais, em geral associados a mecanismos financeiros de incentivo ou inibição de políticas e práticas pelos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviços. Nesse processo, destacam-se as normas operacionais (NO) do SUS e, mais recentemente, as portarias que regulamentam o Pacto pela Saúde e o Decreto 7508 de 2011. Entretanto, foi a partir da NOB 96, com a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), que ocorre a mais importante mudança no modelo de financiamento da atenção primária. Um dos objetivos da criação do PAB era uma maior homogeneidade em nível nacional das ofertas de serviços básicos, uma vez que a implantação deste mecanismo de transferência regular e automática de recursos federais aos municípios dissociou a produção de serviços do faturamento, característica central do sistema de transferências anterior (Goulart, 2002; Melamed & Costa, 2003).

A NOB 96 teve como principais objetivos: promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com respectiva redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União; caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor na prestação de ações e serviços ou na garantia da referência; reorganizar o modelo assistencial; fortalecer a gestão do SUS e estabelecer vínculo entre o cidadão e o SUS.

A edição dessa NOB e de um conjunto de portarias subsequentes que alteraram a lógica de transferência de recursos do governo federal para a atenção básica ao instituírem o Piso de Atenção Básica, com uma parte fixa e outra variável, expressaram a ênfase do governo federal na reorganização do modelo de atenção à saúde, a partir da atenção básica. Evidenciou-se como estratégia principal, a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

O componente fixo do PAB consiste em um valor *per capita* nacional, inicialmente estipulado em R\$10 habitante/ano<sup>3</sup>, destinado ao custeio das ações básicas de saúde, transferido pela União aos municípios. Vale destacar que estudos à época já indicavam que tal valor seria insuficiente, e recomendavam o valor de R\$12 habitante/ano para setembro de 1996 (Mendes & Marques, 2014). Já a parte variável refere-se a incentivos específicos atrelados à implantação de determinados programas recomendados pelo Ministério da Saúde. Esses valores seriam passados pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, por meio de transferências intergovernamentais diretas na modalidade “fundo a fundo”.

Em que pese o baixo valor *per capita* de transferência do PAB total, Viana, Lima & Oliveira (2002) chamam atenção para o impacto do binômio PAB fixo/variável, que representou a descentralização dos recursos, homogeneizando a presença da esfera federal e impulsionando a reorganização da atenção básica. No que se refere ao papel de regulação da descentralização instituído pela NOB 96, as autoras destacam que essa Norma acabou por fortalecer o papel dos estados, entretanto, sem a face da regionalização e sem recursos/incentivos financeiros adequados para que as instâncias estaduais exercessem suas novas funções. Vale destacar que no início dos anos 2000 observou-se um esforço na garantia de mais recursos para essa política, através de reajuste dos principais incentivos da atenção básica, com destaque para o PAB fixo, cuja defasagem era sinalizada desde sua origem. Além disso, a partir de 2003, foram incorporadas inovações associadas ao combate às desigualdades regionais e inclusão de populações especiais, tais como quilombolas, assentados e indígenas, até então pouco consideradas pelas regras do SUS.

Dentre as principais mudanças geradas a partir da implementação do PAB fixo (iniciada em 1998), Souza *et al.* (2000) salientam o incremento do volume de recursos federais destinados à atenção básica e sua alocação em diferentes regiões da federação. No entanto, ao longo das duas décadas seguintes, o componente variável do PAB, composto de incentivos associados à adesão a programas específicos, ampliou-se de forma mais significativa do que o PAB fixo. Destaque-se nesse sentido os incentivos para implantação do PACS/PSF e para as equipes de Saúde Bucal.

---

<sup>3</sup> O reajuste mais recente do valor do PAB fixo foi publicado na Portaria nº 1409, de julho de 2013. O valor do PAB fixo varia de R\$23 a R\$28/habitante/ano.

Sob forte indução do Ministério da Saúde, o PSF expandiu rapidamente, porém de forma heterogênea nos diferentes municípios. A cobertura do PSF saltou de 6,6% da população brasileira em 1998, para 31,9% em 2002. Dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) revelam que em 2016 a estratégia alcançou 63,7% da população. O aumento de cobertura da Saúde da Família permitiu a ampliação do acesso aos serviços de saúde como também a melhoria na qualidade da assistência prestada neste nível de atenção, com impactos positivos expressos na redução das internações por condições sensíveis a atenção básica (ICSAP) e a mortalidade infantil (Macincko et al., 2006; NESCON, 2012). Entretanto, a expansão da Saúde da Família apresentou limites para reorientação do modelo de atenção à saúde, remetendo a necessidade de recursos apropriados, profissionais capacitados e um sistema organizado de referências para diversos níveis de complexidade do sistema para o alcance da integralidade no SUS.

Apesar do inegável avanço, um dos principais desafios estava na ampliação da cobertura do programa nos grandes centros urbanos e regiões metropolitanas, o que gerou uma série de estudos e a formulação de uma proposta: o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF, com incentivo financeiro específico, voltado para municípios com população acima de 100.000 habitantes.

Em 2006, com a implantação do Pacto pela Saúde, foi regulamentado o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de Blocos de Financiamento, constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e os serviços. Foram criados os seguintes blocos de financiamento: I - Atenção Básica; II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III - Vigilância em Saúde; IV - Assistência Farmacêutica; e V - Gestão do SUS.

O Bloco da Atenção Básica é constituído por dois componentes: Componente Piso da Atenção Básica - PAB Fixo; Componente Piso da Atenção Básica - PAB Variável. A principal diferença entre os componentes refere-se à forma de transferência dos recursos. No Componente PAB Fixo, que engloba o financiamento de ações de atenção básica à saúde, os recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios, na modalidade conhecida como “Fundo a Fundo”. Já para o Componente PAB Variável, composto por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como

Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal, a definição do montante dos recursos a serem transferidos depende de adesão e implementação das ações a que se destinam, constantes no respectivo Plano de Saúde.

A partir de 2008, a criação de incentivos específicos para a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF – favoreceu a expansão de profissionais de diferentes formações e especialidades na atenção básica, ampliando as ações de apoio às equipes e pessoas atendidas pela Saúde da Família. Cada NASF poderia ser composto inicialmente por 5 profissionais escolhidos entre 14 diferentes especialidades, consideradas relevantes para uma atenção básica abrangente e integral.

Vale destacar a criação em 2012 de incentivo financeiro específico por desempenho, voltado para a indução de melhorias quanto ao acesso e à qualidade da atenção à saúde no âmbito da Atenção Básica. O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB) apresenta um conjunto de estratégias de avaliação e acompanhamento do processo de trabalho das equipes, assim como de questões estruturais referentes às Unidades Básicas de Saúde (UBS), a fim de garantir a construção de um padrão de qualidade na Atenção Básica que seja comparável nos níveis nacional, regional e local.

Em que pesem os avanços e mudanças gerados com a criação dos blocos de financiamento - como melhoria da gestão orçamentária que passam a ser depositados em conta única e específica - é preciso considerar que a lógica de distribuição de grande parte dos recursos permanece inalterada. O repasse só é efetivado mediante adesão do município ou estado ao referido programa e o compromisso da implementação das ações a que se destinam. Além disso, foi possível observar desde a criação dos blocos de financiamento o aumento progressivo de incentivos de atenção básica, reforçando que a prática de indução do Ministério da Saúde, principalmente no que diz respeito à atenção básica, permanece baseada na vinculação de incentivos financeiros à implantação de programas/políticas específicos.

Vale destacar o papel dos governos municipais no financiamento das ações de atenção básica. Recentemente, um estudo realizado pela Confederação Nacional de Municípios (CNM) revelou que a defasagem no valor fixo do Piso de Atenção Básica (PAB fixo) ultrapassa 17%, demonstrando que o repasse enviado aos entes municipais para o custeio das ações de atenção básica à saúde é insuficiente para cobrir as reais despesas (CNM, 2015). Em 2016, com intuito de reduzir a defasagem dos valores

repassados aos municípios, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 268, de 25 de fevereiro de 2016 (Brasil, 2016a), regulamentando a aplicação das emendas parlamentares que adicionarem recursos à Rede SUS no exercício 2016, para incremento inclusive do PAB, também denominado de “incremento temporário”.

De acordo com Mendes & Marques (2014), na prática os municípios arcam com 70% dos gastos com atenção básica em nível local. Os autores chamam atenção para alguns aspectos que tornam o financiamento da ESF problemático e instável através dos recursos municipais. Dentre eles os gastos do município com pessoal e o impasse se tais despesas, pagas via recursos de transferência, devem ou não ser incluídas no limite da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Em síntese, no que tange à esfera federal, até 2017 predominou a lógica de financiamento fragmentado, atrelado à adesão dos municípios a programas específicos. Em que pese a restrição de autonomia orçamentária, tal modelo permitiu a coordenação e expansão da ESF no território nacional em um contexto de insuficiência de recursos para suprir as necessidades do SUS. O modelo de incentivos também permitiu a indução de estratégias importantes para qualificar a atenção básica, como as equipes de saúde bucal e os NASF. Por fim, favoreceu a desconcentração da oferta de serviços e a redistribuição de recursos financeiros para regiões mais carentes.

Apesar dos avanços, dentre os principais desafios para a consolidação da atenção primária no SUS está a necessidade de ampliação de recursos para suprir as necessidades de investimento e custeio desse nível de atenção, bem como o combate às desigualdades regionais nas condições de financiamento e gasto em saúde, que permanecem como questões não suficientemente equacionadas.

### **Ameaças atuais**

O cenário de subfinanciamento tende a se agravar em virtude de políticas recentes. A partir de 2017, a Emenda Constitucional 95/2016 (EC 95/16) limita os gastos federais (com exceção do pagamento de juros sobre a dívida pública) pelos próximos 20 anos a um teto definido pelo montante gasto no ano anterior reajustado pela inflação acumulada, aferida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

A EC 95/16 é uma das medidas de austeridade que poderá levar à desestruturação do SUS e privatização crescente da atenção à saúde (Mendes, 2016). Na prática, significa o congelamento real das despesas federais, com redução progressiva do gasto público em

relação ao Produto Interno Bruto (PIB) e ao número de habitantes. Tais despesas não poderão acompanhar o crescimento da renda e da população, agravando ainda mais a situação de subfinanciamento público da saúde. Caso se mantenha, haverá perda real do setor frente a outras despesas obrigatórias da União (ex: Previdência Social) com aumento na disputa entre diferentes áreas da política social.

A EC 95/16 também traz sérias implicações para o financiamento da APS, pois: (1) não permitirá a adequação dos valores transferidos pelo Ministério da Saúde para estados e municípios; (2) dificultará propostas de redistribuição de recursos que permitam suprir as necessidades de financiamento dos entes subnacionais com piores condições financeiras; (3) impossibilitará a formulação de políticas de investimento voltadas para a superação das desigualdades regionais em saúde.

Outras mudanças ocorridas em 2017 no âmbito da política de atenção básica e do financiamento federal do SUS, suscitam preocupações em relação à manutenção dos avanços obtidos com a expansão do Saúde da Família no Brasil. Em setembro deste ano, com a publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Ministério da Saúde flexibilizou a utilização dos recursos federais transferidos para o custeio da saúde da família (Brasil, 2017a), facultando à gestão local a possibilidade de compor equipes de atenção básica de acordo com as características e as necessidades do município. Já em dezembro de 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3.392, alterando as modalidades de transferência de recursos federais do SUS, até então efetuadas nos moldes dos cinco blocos de financiamento, para apenas duas formas de repasse: I – Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; II- Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (Brasil, 2017b).

Os possíveis impactos da PNAB 2017 geraram forte reação contrária frente aos questionamentos em relação à prioridade conferida à ESF com a provável perda de recursos para outras configurações da AB (Abrasco, Cebes e Ensp, 2018). Além disso, as mudanças na PNAB favorecem as capitais e os centros urbanos metropolitanos, que aderiram de modo tardio e apresentam menor cobertura da ESF. Isso poderá acarretar um redirecionamento de recursos para regiões mais desenvolvidas e com maior capacidade de arrecadação de tributos, comprometendo avanços redistributivos do setor. Por sua vez, as alterações nas modalidades de transferência dos recursos federais do SUS afetam o poder de regulação e indução nacional exercido pelo Ministério de Saúde, responsável por avanços significativos no processo de descentralização do SUS.



Por fim, destaca-se que a maior autonomia alocativa adquirida pelos gestores municipais se insere em uma conjuntura de ameaças aos direitos sociais, forte restrição fiscal e orçamentária com agravamento da situação de subfinanciamento do SUS. Esse contexto condicionará as escolhas técnico-políticas, ampliando as dificuldades locais-regionais para a manutenção de serviços de AB frente aos custos elevados dos serviços de média e alta complexidade. A escassez de recursos públicos disponíveis para a saúde tenderá a aumentar as disputas redistributivas, a influência de interesses particulares nas decisões alocativas do setor, a implantação de planos privados de cobertura restrita e de modelos alternativos à ESF com resultados duvidosos para a organização da atenção básica.

### **Estratégias e proposições**

Dada a importância estratégica da atenção primária à saúde na consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, permanece o desafio de garantir um aporte maior de recursos para este nível de atenção, e a sua distribuição de forma mais equitativa, visando aprofundar as conquistas observadas a partir de sua expansão no Brasil, em termos de acesso aos serviços de saúde e melhoria nos indicadores epidemiológicos e assistenciais.

Dentre as estratégias para combater o subfinanciamento da atenção básica, vale destacar a necessidade de rever o papel de cada um dos gestores no financiamento tripartite dessa política. Apesar de tripartite, na prática o financiamento das ações de atenção básica ocorre predominantemente com recursos federais e municipais. Em geral, os estados destinam pequena parte de seus recursos para a atenção básica, e há poucos registros de iniciativas complementares de incentivos financeiros voltados para tais ações, como nos estados da Bahia e no Rio de Janeiro.

No que concerne ao peso do financiamento municipal, Mendes & Marques (2014) destacam fatores inerentes aos municípios, que impõem limites ao avanço da AB, tais como a queda no ritmo de crescimento da receita disponível dos municípios e a Lei de Responsabilidade Fiscal, que constitui um fator inibidor do gasto. Tais questões precisam ser incorporadas ao debate sobre financiamento da atenção básica, bem como o porte populacional dos municípios e sua capacidade de autofinanciamento. Assim, a atenção básica e a implantação da ESF seriam fortalecidas por meio de propostas diferenciadas de transferência federal de recursos do SUS.

Por último, diante do atual cenário de mudanças no modelo de financiamento, faz-se necessário o fortalecimento da regulação, monitoramento e do controle social para que não haja realocação de recursos da atenção básica para outros níveis de atenção.

Partindo desses argumentos, algumas proposições para o enfrentamento dos desafios atuais do financiamento da AB no Brasil se destacam:

1. Ampliar a discussão democrática e aprofundada do pleno desenvolvimento da AB e aperfeiçoamento do SUS, envolvendo diferentes setores da sociedade, das instituições acadêmicas e do SUS.
2. Criar frente em defesa do financiamento público adequado para o SUS e a AB, com revogação dos dispositivos da EC 95/2016.
3. Recompôr o PAB fixo ampliando a autonomia dos gestores municipais no uso desses recursos.
4. Reforçar o papel dos estados no planejamento regional, no financiamento e na regulação da rede de serviços, possibilitando a integração da AB com outros níveis de atenção.
5. Ampliar os mecanismos de redistribuição e alocação equitativa dos recursos federais e estaduais voltados para a AB, considerando a capacidade diferenciada de autofinanciamento dos gestores municipais, as especificidades regionais, a prioridade e necessidade de reforço da ESF.
6. Fortalecer a atuação dos Conselhos de Saúde nos processos de formulação de políticas, controle e fiscalização da aplicação de recursos voltados para o financiamento da atenção básica, em âmbito nacional, estadual e municipal.

### **Referências Bibliográficas**

ABRASCO, CEBES, ENSP. Contra a reformulação da PNA – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica.[internet].[acesso 2018 fev 22]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a

organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 268, de 25 de fevereiro de 2016. Regulamenta a aplicação das emendas parlamentares que adicionarem recursos à Rede SUS no exercício de 2016, para aplicação no incremento do Teto de Média e Alta Complexidade e do Piso de Atenção Básica, com base no disposto no art. 38, § 6º, da Lei nº 13.242, de 30 de dezembro de 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.392, de 28 de dezembro 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, 2017 b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2016b.

CASTRO, A.L.B; FAUSTO, M.C.R. A política brasileira de atenção primária à saúde. In: MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F; LIMA, L.D. (Org.). *Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 173-196.

CNM. *Confederação Nacional de Municípios*. Notícias. Defasagem no PAB fixo vai além de 17%, revela estudo inédito da CNM. 2015. Disponível em <http://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/defasagem-no-pab-fixo-vai-alem-de-17-revela-estudo-inedito-da-cnm> Acesso em: 11 abr. 2017.

FAVERET, A. C. S. C. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2): 371-378, 2003.

GOULART, F. A. A. *Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?*, 2002. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; NOGUEIRA, C.O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(3): 521-532, 2011.

MACINCKO, J, et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(1):13-19.

MELAMED, C. & COSTA, N. R. Inovações no financiamento federal à atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2): 393-401, 2003.

MENDES, Á. N. A saúde pública brasileira num universo "sem mundo": a austeridade da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(12): e00188916, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016001200502&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200502&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abr. 2017.

MENDES, A; MARQUES, R. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, 38(103): 900-916, 2014.

NESCON. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. 2012. Avaliação do impacto das ações do Programa de Saúde da Família na redução das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica em adultos e idosos. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/wp-content/uploads/2012/05/Site-Nescon-ICSAP.pdf> Acesso em : 24 fev. 2018.

SOUZA, M. F. *et al.* Gestão da Atenção Básica: redefinindo contextos e possibilidades. *Saúde para Debate*, 21: 7-14, 2000.

SOUZA, R. O. A. *A Atenção Básica em saúde no município de Três Rios/RJ: uma análise da gestão e organização do sistema de saúde*, 2011. Dissertação de Mestrado Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

VIANA, A. L. D`A. & DAL POZ, M. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 8(Suppl 2): 11-48, 1998.

VIANA, A. L. d`Á.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R.G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto –lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3): 493-507, 2002.