

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO / FACULDADE DE MEDICINA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Átila Augusto Cordeiro Pereira

**FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM
BELÉM – PA, 2018-2022**

Porto Alegre
2023

Átila Augusto Cordeiro Pereira

**FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM
BELÉM – PA, 2018-2022**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão em Saúde, modalidade a distância, do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Porto Alegre
2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Carlos André Bulhões Mendes
Vice-reitora: Profa. Dra. Patrícia Helena Lucas Pranke

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato
Vice-diretor: Prof. Dr. Rogério Faé

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador Geral: Prof. Dr. Ronaldo Bordin
Coordenador de Ensino: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

CIP - Catalogação na Publicação

Pereira, Átila Augusto Cordeiro
Financiamento da Atenção Primária à Saúde em Belém,
2018-2022 / Átila Augusto Cordeiro Pereira. -- 2023.
41 f.
Orientador: Roger dos Santos Rosa.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de
Administração, Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS,
2023.

1. Financiamento da Assistência à Saúde. 2. Gestão
em Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Rosa, Roger
dos Santos, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico
CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS
Telefone: 3308-3801
E-mail: gestaoemsaude@ufrgs.br

Átila Augusto Cordeiro Pereira

**FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM
BELÉM – PA, 2018-2022**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão em Saúde, modalidade à distância, do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Aprovada em 17 de junho de 2023.

Banca Examinadora

Examinador (a): Nome e Sobrenome

Examinador (a): Nome e Sobrenome

Orientador (a): Dr. Roger dos Santos Rosa

AGRADECIMENTOS

À coordenação do Curso de Especialização em Gestão em Saúde pela condução do curso ao longo destes meses com muito empenho e dedicação.

Ao prof. Dr. Roger dos Santos Rosa orientador deste trabalho pelas importantes sugestões de leituras, correções necessárias e contribuições precisas ao estudo com seu vasto conhecimento sobre o tema.

Aos professores Guilherme Dornelas e Patrícia Silva que dedicaram seu tempo para examinar o trabalho e contribuir para seu aperfeiçoamento na etapa final do curso.

RESUMO

Introdução: Conhecer o padrão de financiamento e gasto com saúde por parte da gestão municipal é estratégico para subsidiar as decisões da equipe gestora em relação aos recursos a serem alocados de modo a atender as necessidades de saúde da população.

Objetivos: Sistematizar a participação dos entes federados no financiamento da APS no município de Belém (PA), no período 2018-2022 e comparar os recursos alocados na APS com os alocados na Média e Alta Complexidade (MAC).

Métodos: Pesquisa documental com abordagem quantitativa, descritiva, analítica e longitudinal dos dados de domínio público disponíveis nos relatórios do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS.

Resultados e discussão: Os recursos municipais aplicados na atenção básica apresentam uma tendência crescente até 2021 atingindo mais de 50% do total de recursos investidos em atenção básica. Este período é seguido por uma queda abrupta na participação municipal para a atenção básica no ano de 2022. Neste ano as transferências da União para a atenção básica alcançaram 77,88% do total de recursos aplicados neste nível de atenção, Estado contribuiu com 3,32% e o município de Belém com 18,78%. A média e alta complexidade manteve, ao longo de todo período estudado, o maior nível de utilização do orçamento anual do município, ficando com 60,23% do orçamento em 2018, 60,29% em 2019, 80,04% em 2020, 58,21% em 2021 e 44,16% em 2022. Realocações de recursos para a subfunção “outras subfunções” garantiu a utilização de 46,34% do total anual.

Conclusão: Faz-se necessário discutir possibilidades de maior apoio financeiro do estado, considerando sua maior arrecadação em relação ao município de Belém e garantir recursos em quantidade suficiente para APS brasileira. Se por um lado é imperativo repensar o formato do financiamento para APS, por outro a gestão municipal precisa priorizar os serviços primários adotando medidas de gestão importantes para equilibrar o orçamento e evitar maiores prejuízos para a atenção básica.

Descritores: Financiamento da Assistência à Saúde. Gestão em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Knowing the pattern of financing and spending on health by the municipal management is strategic to support the management team's decisions regarding the resources to be allocated in order to meet the health needs of the population. **Objectives:** To systematize the participation of federated entities in the financing of PHC in the municipality of Belém (PA), in the period 2018-2022 and compare the resources allocated in PHC with those allocated in Medium and High Complexity (MAC). **Methods:** Documental research with a quantitative, descriptive, analytical and longitudinal approach of public domain data available in the reports of the Information System on Public Health Budgets - SIOPS. **Results and discussion:** Municipal resources invested in primary care show a growing trend until 2021, reaching more than 50% of the total resources invested in primary care. This period is followed by an abrupt drop in municipal participation in primary care in 2022. In that year, transfers from the Union to primary care reached 77.88% of the total resources invested in this level of care, with the State contributing 3.32% and the municipality of Belém with 18.78%. Medium and high complexity maintained, throughout the studied period, the highest level of use of the municipality's annual budget, with 60.23% of the budget in 2018, 60.29% in 2019, 80.04% in 2020, 58.21% in 2021 and 44.16% in 2022. Reallocations of resources to the subfunction "other subfunctions" ensured the use of 46.34% of the annual total. **Conclusion:** It is necessary to discuss possibilities for greater financial support from the state, considering its higher collection in relation to the municipality of Belém and guaranteeing sufficient resources for Brazilian PHC. If, on the one hand, it is imperative to rethink the financing format for PHC, on the other hand, municipal management needs to prioritize primary services by adopting important management measures to balance the budget and avoid greater damage to primary care.

Descriptors: Health Care Financing. Health Management. Primary Health Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 6.1 - Despesa total em saúde por fonte e subfunção, atenção básica, município de Belém – PA, 2018-2022, conforme SIOPS.....	26
Tabela 6.2 - Recursos alocados para a APS versus os recursos alocados para a atenção em média e alta complexidade (MAC), município de Belém – PA, 2018-2022, conforme SIOPS.....	28
Tabela 6.3 – Receitas para apuração da aplicação em ações e serviços públicos de saúde.....	29
Tabela 6.4 – Receitas adicionais para financiamento da saúde: Transferências de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS).....	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
APS	Atenção Primária a Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BM	Banco Mundial
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CF	Constituição Federal
eAP	Equipe de Atenção Primária
EC	Emenda Constitucional
eCR	Equipe de Consultório na Rua
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFR	Estratégia Saúde da Família Ribeirinha
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
HEMOPA	Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará
HPSM	Hospital de Pronto Socorro Municipal
HR	Hospital de Retaguarda
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPi	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IRRF	Imposto de Renda Retido na Fonte
ISS	Imposto sobre Serviço de Qualquer Natureza
ITR	Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural
ITBI	Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis
LACEN	Laboratório Central do Estado do Pará
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
MAC	Média e Alta Complexidade
MDB	Movimento Democrático Brasileiro

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
RMB	Região Metropolitana de Belém
RREO	Relatório Resumido de Execução Orçamentária
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAGE	Sala de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde
SESMA	Secretaria Municipal de Saúde de Belém
SIOPS	Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde
SOD	Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
TGCA	Taxa Geométrica de Crescimento Anual
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UMS	Unidade Municipal de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	JUSTIFICATIVA	12
3	OBJETIVOS	14
3.1	OBJETIVO GERAL	14
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4	REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1	FINANCIAMENTO DA SAÚDE	15
4.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	17
4.3	CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO ESTUDADO	21
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	23
5.1	TIPOLOGIA DA PESQUISA	23
5.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA	23
5.3	PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	23
5.4	ORGANIZAÇÃO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	24
5.5	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	24
5.6	ASPECTOS ÉTICOS	25
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
7	CONCLUSÃO	30
	REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o financiamento da Atenção Primária a Saúde (APS) brasileira tem sido tema frequente na agenda pública e tem passado por grandes debates nacionais a respeito de seus limites, avanços e necessidades de aperfeiçoamentos (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; MASSUDA, 2020; HARZHEIM *et al.*, 2020; HARZHEIM, 2020b). O subfinanciamento crônico e deliberado do Sistema Único de Saúde (SUS) tem engajado alguns pesquisadores a justificá-lo em torno do conceito de eficiência e, portanto, um problema de gestão dissociado da política. Como não parece possível existir um sistema universal eficiente sem financiamento adequado, esta vertente recebe forte resistência de sanitaristas defensores de mais investimento público para o SUS (MARINHO; OCKÉ-REIS, 2022).

É inegável o avanço que o SUS alcançou desde a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, descentralizando, com as Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), as ações e serviços de saúde para os municípios, democratizando o acesso, especialmente da população que mais precisa do SUS (PAIM, 2011; MASSUDA, 2020; HARZHEIM, 2020b). Ao longo dos seus 30 anos, o SUS deixou legados como os sistemas de vigilância em saúde, assistência farmacêutica, transplante, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), tratamento para HIV/AIDS, o maior programa de imunização do mundo, dentre tantos outros que tem produzido impacto na saúde da população. No entanto, a correlação de forças entre os vetores positivos, obstáculos e ameaças ainda deixa flagrante que se trata de um sistema implantado, mas ainda não consolidado (PAIM, 2018).

As versões da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) até 2011 priorizavam a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como a principal ordenadora e coordenadora do cuidado. Constituía, portanto, a principal porta de entrada do SUS e com sua capilaridade e maior proximidade com a realidade da população teria a capacidade para resolver mais de 85% dos problemas de saúde da população dos territórios (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

O processo de municipalização não foi isento de desafios. Porém, a maior responsabilidade atribuída aos municípios, atrelada ao maior volume de serviços ofertados e recursos financeiros para atender à crescente demanda da população, reduziu desigualdades no acesso aos serviços de saúde em todo país (ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2017). A descentralização da gestão do SUS permitiu reduzir iniquidades

e serviu de pilar estruturante na reversão e reparação das diversas formas de desigualdades presentes na sociedade brasileira. A mudança no padrão de utilização dos serviços de saúde repercute no processo do adoecimento de sua população (VIACAVA *et al.*, 2018).

O aporte de recursos destinados aos municípios brasileiros por meio de mecanismos como os Pisos de Atenção Básica - PAB fixo e variável e a Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000 foram responsáveis pela maior participação e envolvimento do município na oferta de serviços de saúde para a população até a década passada (PAIM *et al.*, 2011; MASSUDA, 2020; HARZHEIM, 2020b). Nos últimos anos, a diminuição do incremento dos repasses federais para arcar com a extensa rede de serviços nos diversos municípios do país promoveu um gradativo e desigual aumento do percentual aplicado em Ações e Serviços Público de Saúde (ASPS) por parte dos municípios em termos proporcionais às arrecadações dos entes Estaduais e Federal (ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2017; ROCHA; SZKLO, 2021). Diante da instabilidade e incertezas em relação ao financiamento público, estados e municípios passaram a arcar ainda mais com o setor e a vinculação de recursos mínimos de arrecadação de cada ente federado em ASPS passou a ser a principal fonte financiadora (ARAÚJO, 2017).

A participação cada vez maior e quase que exclusiva dos municípios em ofertar determinados serviços acarretou na diminuição da oferta e da qualidade dos serviços prestados pelo SUS. A diminuição dos repasses federais para as ASPS no âmbito municipal se agravou com a EC nº 95.

Aprovada em 2016, a EC 95 restringiu o uso dos recursos públicos federais com despesas primárias instituindo um limite destes gastos por 20 anos, podendo ser corrigido pela inflação do ano anterior. Na prática, o teto com despesas primárias promove disputa severa pelo orçamento com outras áreas e conseqüentemente congelamento da perspectiva de ampliação deste orçamento para áreas que demandam custos cada vez mais crescentes como a saúde. A EC 95 reforçou o histórico subfinanciamento do SUS acenando positivamente para a conveniência austera do mercado (BRASIL, 2016; SOUZA, 2019; ROCHA; SZKLO, 2021).

O dispositivo do teto para despesas primárias perde vigência após a aprovação de Lei Complementar prevista no artigo 9º da EC 126 de 21 de dezembro de 2022 (EC da transição) no entanto, não soluciona o problema do subfinanciamento na saúde (BRASIL, 2022).

Em 2019, o novo financiamento da APS (HARZHEIM, 2020c) admite o contingenciamento de recursos e propõe uma reforma com caráter liberal para solucionar

parte dos problemas da APS brasileira. O Programa Previne Brasil mudou radicalmente o financiamento da APS e partindo da premissa de que se gasta mal o parco recurso público para saúde, redirecionou-se os esforços, não para o financiamento, mas para a gestão. Apoiado sob uma lógica gerencialista, o programa consiste em transferência de recurso condicionada a pessoa cadastrada na ESF ou Equipe de Atenção Primária (eAP) e ao desempenho das equipes em relação a indicadores selecionados (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; HARZHEIM, 2020; HARZHEIM, 2020c)

Em Belém, capital do Estado do Pará, a ESF já atingiu cobertura de quase 50% no final dos anos 1990 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). Entretanto, nos últimos anos, também tem sentido o impacto do aumento da participação com recursos próprios para manter uma das principais metrópoles da região amazônica, onde concentra os principais serviços da região e recorrido a ajuda do Governo do estado e da União (AGÊNCIA PARÁ, 2023; DIÁRIO DO PARÁ, 2023b).

Neste sentido, pretende-se descrever a realidade orçamentária do setor saúde, com foco na Atenção Primária à Saúde, no município de Belém e sua evolução durante os anos de 2018 a 2022. Essa descrição fornecerá informações para a posterior definição de objetivos e planejamento de ações de saúde ao identificar as dificuldades e as potencialidades para a efetividade das políticas públicas de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Grande parte dos problemas estruturais e para efetivação do SUS está relacionado ao seu subfinanciamento desde sua origem. O desafio de garantir a universalidade no acesso a saúde é incompatível com o volume de recursos públicos destinados ao sistema de saúde brasileiro e inviabiliza uma das principais políticas do setor que é a Política Nacional de Atenção Básica e conseqüentemente sua expansão (SANTOS NETO *et al.*, 2017).

Embora nos anos 2000 o município já seja considerado o núcleo básico da organização do sistema de saúde de uma região de saúde, suas particularidades, especialmente relativas a capacidade de arrecadação e disponibilidade de recursos para o setor, produz uma implementação heterogênea do modelo de saúde proposto pela PNAB em território nacional. É no município que a maior parte da população busca o primeiro acesso a serviços de saúde e é neste espaço que os indivíduos sentem as dificuldades inerentes a estrutura e modelo subfinanciado e heterogêneo do sistema (SANTOS NETO *et al.*, 2017).

Diante disso é fundamental discutir o financiamento municipal. Avaliar o padrão de financiamento e gasto com saúde por parte da gestão municipal é estratégico para subsidiar as decisões da equipe gestora em relação aos recursos a serem alocados e gastos de modo a atender as necessidades de saúde da população.

No início dos anos 1990, com o advento do Programa Saúde da Família (PSF), Belém teve seu período de maior expansão na cobertura de Atenção Básica, chegando a quase 50% da população na década seguinte. Atualmente a capital paraense tenta recuperar a cobertura de APS após os últimos anos em que a cobertura despencou para um pouco mais de 20%. Até fevereiro de 2023, a cobertura está em 33,2%, considerando a inclusão das equipes de atenção primária propostas pelo Programa “Previne Brasil” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Após as políticas de austeridade impostas ao estado brasileiro que afetaram como nunca antes a saúde pública, como a conhecida EC nº 95 (BRASIL, 2016), tornou-se ainda mais desafiador fortalecer o SUS e estabelecer uma APS forte, especialmente em território amazônica. Os problemas de saúde que acometem a população belenense se avolumaram em decorrência da tripla carga de doenças, agravada pela pandemia de Covid-19, casos de sequelas pós Covid-19, casos de diabetes e doenças vasculares, hipertensos, pacientes com comprometimento renal, acidente vascular cerebral (AVC) e pacientes de saúde mental configuram o dia a dia dos serviços de saúde da capital.

A pandemia de Covid-19 acirrou a dificuldade financeira do município que atualmente amarga uma grave crise na saúde e enfrenta dificuldades para retomar a expansão da APS. Pesquisadores apontam para a dificuldade de os municípios de grande porte ampliarem a cobertura de equipes de saúde da família, não obtendo todos os recursos possíveis (ARAÚJO, 2017).

Entre os anos de 2022 e 2023, a prefeitura de Belém por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) publicou reiteradas notas em resposta as graves denúncias feitas por profissionais da saúde municipal e pela população usuária dos serviços como a falta de pagamento dos médicos, dos prestadores e faltas de insumos básicos na rede básica de saúde (O LIBERAL, 2022, 2023a, 2023b, 2023c; DIÁRIO DO PARÁ, 2023a).

O teor das respostas apontava para as medidas de contingenciamento de recursos para o setor como sendo uma das principais responsáveis pela crise (MPPA, 2023), pois suas repercussões têm comprometido a capacidade do município cumprir com a expansão da APS prevista no Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025. Outra ocasião que levou o prefeito da cidade a solicitar reposição de mais de R\$ 92 milhões ao Ministério da Saúde foi a detecção de uma distorção no volume de repasses, tipo cota-parte, feitos ao município de Belém durante a gestão presidencial do período 2019 a 2022 (DIÁRIO DO PARÁ, 2023b).

Com este estudo pretendemos conhecer a realidade do financiamento da atenção primária de Belém e contribuir com o tema na academia, nos serviços e na apropriação dos resultados pela gestão municipal para o aprimoramento das decisões.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Comparar a participação dos entes federados no financiamento da APS no município de Belém (PA), 2018-2022.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Sistematizar os recursos alocados na atenção primária em saúde no município, segundo fonte de financiamento;
- b) Comparar os recursos alocados para a APS versus os recursos alocados para a atenção em média e alta complexidade (MAC).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Desde sua regulamentação estabelecida pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleceu as competências de cada ente federativo com relação a gestão do SUS e os critérios utilizados para estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; e ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (BRASIL, 1990).

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, definiu os mecanismos de transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, demarcando em lei a primeira forma de financiamento do SUS (BRASIL, 1990b). Mesmo que sanitaristas tenham emplacado no art. nº 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da Constituição Federal a orientação para que fosse destinado, no mínimo, 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) à saúde, até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), este volume de recurso nunca foi atingido nas LDO aprovadas doravante (BRASIL, 1988).

Para organizar o funcionamento do SUS foram elaboradas Normas Operacionais Básicas (NOB) que transferiam para os municípios responsabilidades e autonomia na gestão da saúde. Em 1993 foi lançada a NOB nº 01/93 que apontou para o sentido a municipalização, mas foi em 1996 com a publicação da NOB nº 01/96 que este processo ganhou mais força com a criação do Piso da Atenção Básica (PAB) (BRASIL, 1993; BRASIL, 1996).

O PAB fixo reduziu a remuneração por produção de serviços e ampliou as transferências fundo a fundo, transferindo recursos a partir de um valor *per capita*. Recursos variados que eram transferidos a municípios que aderiam a programas federais ficaram conhecidos como PAB variável e se avolumaram com o passar do tempo (BRASIL, 1997).

Nos anos 2000, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) passaram a descentralizar as responsabilidades da gestão do SUS na direção dos Estados

da unidade federativa como parte da macroestratégia de regionalização do SUS e equacionar problemas de acesso a serviços de saúde de maior complexidade. Esta macroestratégia deveria ser pactuada em instância tripartite (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002).

A Emenda Constitucional nº 29 do ano 2000 (EC/29) estabeleceu um percentual mínimo de recursos próprios que municípios deveriam gastar em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), o que trouxe uma relativa estabilidade e aumento no volume dos recursos à saúde e promoveu maior participação dos estados e municípios no financiamento da saúde (BRASIL, 2000; ROCHA; SZKLO, 2021).

Somente em 2012 a Lei Complementar nº 141 foi publicada e regulamentada, entre outras questões, quais despesas podem ser consideradas ASPS e os valores mínimos que devem ser aplicados pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios no financiamento dessas despesas. A Lei Complementar nº 141/2012 também estabeleceu critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde entre os entes federados (BRASIL, 2012).

O acirramento em torno do debate do financiamento do SUS desde sua criação, em contexto neoliberal dos anos 1990, contrário a lógica redistributiva de um sistema de saúde universal, atrasou em mais de 10 anos a estruturação de um arcabouço jurídico que sustentasse uma estabilidade no financiamento da saúde no Brasil. A constante tensão entre o princípio constitucional de universalidade do acesso a serviços de saúde e as exigências da política de superávit primário, tem na contenção de gasto sua expressão máxima (MENDES, 2014; DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

As medidas para destinação de recursos para estados e principalmente municípios de certa forma amenizaram o subfinanciamento do SUS por um tempo, mas não o suficiente para superá-lo, pois quando se compara a média de gastos públicos de saúde do Brasil (3,37% do PIB em 2022) com a média de gastos públicos de países europeus com sistemas universais, tais como Alemanha, Suécia, Reino Unido, Espanha e França, em torno de 8%, constata-se o drama do subfinanciamento crônico do SUS (MAZON *et al.*, 2018; SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021; AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA, 2023).

Profundas transformações no financiamento da saúde ocorreram nos últimos anos. Uma onda de contrarreformas em políticas que ampliaram cobertura e acesso atingiu o SUS mais recentemente. Com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 86, em 2015, que estabeleceu a execução obrigatória de emendas parlamentares individuais,

sendo metade delas para financiamento das ASPS e a EC nº 95, em 2016, em que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências, acentua-se o processo de desfinanciamento do SUS (MOROSINI, 2020; DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

Estas mudanças ameaçam o fortalecimento do SUS, dado que a regra do teto de gasto atinge apenas despesas com as políticas públicas, pode-se dizer que, em relação especificamente à saúde, ela põe em risco a garantia do direito universal à saúde no Brasil, ao limitar a possibilidade de a sociedade apropriar-se de futuros ganhos de arrecadação e aumentar o conflito em torno da priorização de diferentes políticas sociais (BENEVIDES, 2018)

4.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Um dos primeiros países a implantar a Atenção Primária à Saúde (APS) foi o Reino Unido, em 1920, quando elaborou o Relatório Dawson. Nesta ocasião a APS passou a ser conhecida como uma organização dos serviços regionalizada e hierarquizada em uma base geográfica definida e organizada por nível de complexidade. Este documento impulsionou a criação do Serviço Nacional de saúde Britânico, em 1948, servindo de orientador para os sistemas de saúde de diversos países (LAVRAS, 2011).

Apesar da reconhecida eficácia da APS já naquela ocasião, foi somente em 1978, em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, que aconteceu um marco histórico da APS no mundo. Naquele ano, foi aprovada a Declaração de Alma-Ata pela Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), e lançada a Estratégia Saúde para Todos no ano 2000. A saúde passou a ser reconhecida como direito humano e estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

A declaração também reconhecia que as desigualdades entre os povos era um desafio a ser superado e os cuidados primários de saúde seriam o meio de fazer justiça social. A APS representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais próximo de onde as pessoas vivem e trabalham e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

Pode-se afirmar que o pensamento da atenção primária no mundo apresenta-se com vários sentidos desde o primeiro nível de atenção, passando pela ideia de um tipo de serviços, uma filosofia de atendimento, até uma estratégia de organização dos sistemas de saúde. No caso brasileiro, o termo atenção básica significa o primeiro nível de atenção à saúde e sustenta-se no princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; SOUSA; HAMANN, 2009).

A implementação do SUS na primeira metade da década de 1990 foi marcada por adoção de medidas voltadas para impulsionar a descentralização das ações e serviços de saúde em nível municipal. Em 1991 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em 1994, a criação do Programa Saúde da Família (PSF) permitiu ampliar a cobertura em saúde, em um movimento inicialmente voltado apenas para a parte da população brasileira em situação social mais vulnerável (MOROSINI, FONSECA E LIMA, 2018). O PSF trouxe para o centro da organização da atenção a proposta da abordagem familiar e comunitária (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Na década de 1990, a agenda das reformas dos serviços e sistemas de saúde “*post-welfare*” nos países centrais é difundida pelo Banco Mundial (BM) aos países dependentes. Não podemos perder de vista que a expansão da atenção básica se deu em concordância com orientações de organismos internacionais que defendiam a ideia de o país focalizar os gastos públicos em ações de saúde dirigidas aos grupos mais pobres, utilizando-se de tecnologias menos densas e complexas, a fim de reduzir os gastos do setor (PEREIRA, 2009).

A APS constituiu-se, desde a década de 1980, na principal estratégia de ampliação do acesso a um conjunto básico de serviços de prevenção e promoção da saúde, com foco em países pobres e/ou emergentes, como o Brasil, financiados por órgãos internacionais que, no marco das reformas de estado da década de 1990, induziram fortemente a ampliação da oferta de ações e serviços de saúde (PEREIRA, 2009).

No Brasil, com a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB nº 01/96), o PSF assumiu a condição de estratégia de reorientação da APS, em substituição às modalidades tradicionais voltadas para atividades curativas e centradas na figura do médico (BRASIL, 1996; MENDONÇA *et al.*, 2018; MOROSINI, FONSECA E LIMA, 2018).

A principal fonte de financiamento da APS no Brasil por muitos anos foi a União com as transferências do governo federal para os municípios. A NOB nº 01/96 definiu o

que conhecemos hoje como Piso da Atenção Básica fixo (BRASIL, 1996; MASSUDA, 2020). O PAB fixo era basicamente definido pela multiplicação de valor *per capita* nacional pela população de cada município. Os incentivos financeiros do governo federal estavam condicionados a adesão dos municípios a programas federais como: Estratégia Saúde da Família (ESF), agentes comunitários de saúde (ACS), equipes de saúde bucal na ESF (ESB) e Núcleos de Saúde da Família (NASF), e posteriormente ficaram conhecidos como o PAB variável (BRASIL, 1996).

Muitas vezes, para base de cálculo do PAB fixo, eram negligenciadas as características demográficas, sociais, epidemiológicas: população de crianças, idosos e mulheres; escolaridade; renda domiciliar; número de óbitos por causas externas, número de óbitos por diabetes mellitus, número de óbitos infantis e nascidos vivos de baixo peso. A depender do porte e da arrecadação do município em questão, este investia mais ou menos em saúde em função destas características peculiares (CABREIRA *et al.*, 2018).

Com intuito de reduzir as desigualdades presentes nos gastos *per capita* com APS entre os municípios brasileiros, em 2011, os municípios foram divididos em quatro faixas de financiamento, por meio de cálculo que inclui as variáveis: porte populacional, PIB per capita, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com bolsa família ou percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica (BRASIL, 2011).

Entre os anos de 2000 a 2010, houve redução da desigualdade entre os gastos totais *per capita* entre municípios, tanto em relação aos gastos com recursos próprios quanto aos gastos com recursos advindos de transferências constitucionais. A reforma da PNAB de 2011 redefiniu os valores do PAB fixo *per capita* (CABREIRA *et al.*, 2018; ROCHA, R.; SZKLO, M., 2021).

No entanto, esse movimento sofreu um arrefecimento e as desigualdades entre os gastos em saúde dos municípios ainda fazem parte da realidade do SUS. A reforma da PNAB de 2011 não foi suficiente para superá-las (BRASIL, 2011; ROCHA, R.; SZKLO, M., 2021).

A necessidade de aperfeiçoamento no modelo de financiamento em saúde era evidente, pois a despesa em APS parecia, em alguns casos, estar mais atrelada às políticas federais de indução e a receita do município do que a fatores associados com a demanda em saúde, como o perfil demográfico e epidemiológico dos municípios (CABREIRA *et al.*, 2018).

No entanto, a proposta apresentada pelo governo para solucionar estes entraves gerou grande debate entre os sanitaristas. O Programa “Previne Brasil” substituiu o PAB, que foi o modelo de distribuição de recursos para os municípios desde 1997. Baseia-se em um financiamento misto, em que um determinado valor de recursos é transferido aos municípios a medida que as equipes de APS cadastram os indivíduos (captação ponderada) que vivem naquele município, ou seja, um valor *per capita* fixo e outro valor é transferido através do desempenho assistencial das equipes e incentivos para ações estratégicas (BRASIL, 2019).

A alternativa ao PAB foi vista como de caráter privatizante, mercadológico, seletivo, focalizado e que caminha na direção da cobertura universal em saúde. Com perfil tecnocrata, apontou para soluções técnicas obscurecendo os problemas relacionados ao ajuste fiscal e à desigualdade de acesso (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

Afasta-se a possibilidade de debater sobre a necessidade de maior aporte de recursos para o SUS, inclusive considera isso um erro e opta por dar foco às melhorias no âmbito da gestão.

A discussão permanente sobre o subfinanciamento do SUS não faz parte desta análise, nem das definições políticas tomadas, visto que vivemos na maior crise econômica da história da República Brasileira e aumentar o emprego de recursos públicos, neste momento, seria um erro frente à sociedade atual, um equívoco ainda mais grave frente à herança que deixaremos às gerações futuras. A reforma foi fundamentada na opção estratégica da melhor gestão possível dentro de um orçamento global do SUS estável, com crescimento anual igual à variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) - que no ano de 2018 foi de 3,75% e no ano de 2019 foi de 4,31% - em que era fundamental ampliar os recursos para a APS (HARZHEIM, 2020c, p. 2).

Ainda que o novo modelo de financiamento da APS prometa ganhos potenciais condicionados a cadastros, além de meritocrático quando resume o bom cadastramento a esforço e dedicação de quem atua nos municípios (HARZHEIM, 2020b), desconsidera inúmeros fatores que atravessam a gestão municipal e parte da necessidade de atender aos anseios da austeridade econômica e não da necessidade de saúde da população que demanda volumes cada vez maiores de recursos financeiros (MASSUDA, 2020; HARZHEIM, 2020).

4.3 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO ESTUDADO

O município de Belém, capital do Estado do Pará, está localizado às margens da Baía do Guajará e do Rio Guamá, na região Norte do Brasil. Possui uma população de 1.393.399 habitantes, segundo (IBGE, 2010) e estimativa de 1.499.641 habitantes em 2020. Apresenta uma densidade demográfica de 1.415 hab/km² (IBGE, 2010) distribuídos em uma área de 1.064.918km². Observa-se ainda, que o município apresenta uma taxa geométrica de crescimento anual (TGCA) positiva de 0,74/ano em relação ao ano anterior (SESMA, 2022).

Cerca de 53,17% da população do município é representada pelo sexo feminino, com 798.456 mulheres e 46,83% da população do sexo masculino com cerca de 701.185 homens. Com relação à população segundo a faixa etária, 58% da população é constituída por jovens, 32% são crianças/adolescentes e apenas 9% da população de Belém é idosa. A cidade abriga em torno de 1/3 da população do Estado do Pará, caracterizando o principal centro urbano do Estado com 99,20% (1.382.204 habitantes) e na zona rural 0,86% (11.195 habitantes) correspondendo à população de ribeirinhos formada pelas 39 ilhas da região insular (SESMA, 2022).

A capital compõe a região metropolitana de Belém, grande Belém, junto com mais 4 municípios (Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara), perfazendo uma área de 3.565,783 km² e abrangendo uma população estimada de 2.505.242 habitantes. A maioria da população reside e área urbana e a principal atividade econômica baseiam-se nas atividades de comércio, prestação de serviços, turismo e atividade industrial. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Belém é de 0,746 (SESMA, 2022).

Em Belém, a esperança de vida ao nascer aumentou 8,9 anos nas últimas duas décadas, passando de 61,6 anos em 1991 para 63,2 anos em 2000, e para 70,6 anos em 2010. Em 2010, a esperança de vida ao nascer média para o estado era de 72,0 anos e, para o país, de 73,9 anos (SESMA, 2022).

Na metrópole, como um todo, a idade média aumentou de 27 para 31 anos, maior do que a observada para o estado do Pará, sendo maior também a variação do índice de envelhecimento, de 14% para 22,79% (SESMA, 2022).

O município de Belém apresenta 75,49% da população com rede geral de água, sendo que nos três distritos com maior percentual da população, 68,40% da população tem rede de esgoto e/ou fossa séptica (SESMA, 2022).

O município possui 83 Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais 54 Unidades de Saúde Família (USF) e 29 Unidades Municipais de Saúde (UMS), que atendem à

população na Atenção Básica, inclusive nos atendimentos de urgência básica, de acordo com os dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (SESMA, 2022).

A rede física prestadora de serviço ao SUS Municipal de Belém é composta por 220 serviços mantidos pela rede própria, 51 serviços da rede estadual e 02 serviços compartilhados entre as esferas que são: Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará (HEMOPA) e Laboratório Central do Estado do Pará (LACEN), totalizando 273 serviços da rede SUS (SESMA, 2022).

Quanto a Natureza Jurídica, observa-se que a esfera administrativa dos serviços públicos (federal, municipal e estadual) representa 74,9% dos serviços e de 25,1% é de esfera privada, sendo estes serviços privados credenciados ao SUS Municipal (SESMA, 2022).

A Rede SUS Municipal é composta por **254** Serviços, dos quais **88** são Unidades Básicas de Saúde (UBS), e segundo competência dez/2021, conta com **57** Equipes da Estratégia Saúde da Família com apoio das equipes dos serviços vinculados: **05** equipes são habilitadas como Estratégia Saúde da Família Ribeirinha (ESFR); **72** Equipes de Saúde Bucal (ESB); **12** Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); **03** equipes de Consultório na Rua (eCR); **06** Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD); **02** Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); **01** Equipe de Oxigenoterapia Domiciliar (SOD); **10** CASA's Especializadas; **01** Unidade de Acolhimento (UA). Ressalta-se que **08** Unidades Básicas também fazem parte da **Rede de Atenção às Urgências**, prestando serviços básicos de Urgência e Emergência nas 24 horas e **03** Unidades funcionam exclusivamente com Urgência e Emergência; além destas unidades, a RUE/SESMA/Belém conta com **21** Unidades Móveis de Nível Pré-Hospitalar (SAMU-192) e **05** Unidades de Pronto Atendimento (UPA), **02** Hospitais de Pronto Socorro Municipal (HPSM) e **01** Hospital Geral e **01** Hospital de Retaguarda (HR) (SESMA, 2022).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 TIPOLOGIA DA PESQUISA

Trata-se de um estudo de revisão de literatura e documental com abordagem quantitativa, descritiva, analítica e longitudinal dos dados secundários dos relatórios do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, relacionados ao financiamento da Atenção Primária do município de Belém, capital do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022. A revisão de literatura foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Portal de periódicos CAPES para subsidiar a discussão teórica do estudo.

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Optou-se por estudar o financiamento da APS do município de Belém, capital do Estado do Pará, o Estado mais populoso da Região Norte. Embora Belém seja a segunda cidade mais populosa da região, ficando atrás de Manaus, é a capital que concentra a maioria dos serviços de saúde da Região Amazônica.

A Região Metropolitana de Belém possuía 2.529.178 habitantes em 2020, sendo a segunda mais populosa da região.

5.3 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para investigar as despesas com APS no município de Belém, recorreu-se aos dados disponíveis no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS disponibilizado no site oficial do Ministério da Saúde, <https://www.gov.br/saude/pt-br>, em seguida selecionou-se “Acesso à Informação” e na sequência em “SIOPS”, “Demonstrativos e Dados Informados”, “Municípios” e por fim “Demonstrativo da Saúde – RREO”.

O SIOPS é o sistema informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, de domínio do Ministério da Saúde, criado em 2000 para coleta, recuperação, processamento, armazenamento, organização, e disponibilização de informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde.

O sistema possibilita o acompanhamento e monitoramento da aplicação de recursos mínimos em saúde, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, por força

da Emenda Constitucional nº 29 de 2000 e depois pela Lei Complementar nº 141 de 2012, sem prejuízo das atribuições próprias dos Poderes Legislativos e dos Tribunais de Contas (SIOPS, 2023).

Os dados coletados fazem parte de uma série histórica de cinco anos que inicia em 2018 e segue até 2022. Foram extraídos dados contidos no Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) do 6º bimestre de cada ano, por ser esse o período limite para envio dos dados completos referentes aquele ano.

Para comparar as despesas com APS e MAC foram extraídos dados de despesas totais com saúde executadas com recursos próprios e com recursos transferidos de outros entes que são demonstrados no RREO discriminando o nível de complexidade em que o recurso foi executado.

Para a revisão de literatura foram utilizados os seguintes descritores em busca avançada: “Healthcare Financing” e “Primary Health Care”. Foi adotada a seguinte estratégia de busca nestas plataformas: "financing" AND "primary health care" AND “brasil”. Foram acrescentados ainda refinamentos em filtro para busca de artigos revisados por pares e dentro dos últimos 5 anos, 2018-2022.

5.4 ORGANIZAÇÃO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados e sistematizados em tabelas do Software Microsoft Office Excel 2016 para comparações e análises longitudinais anuais.

5.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A limitação da pesquisa compreende eventuais distorções nos registros relacionadas à utilização de dados secundários extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Como esse sistema é autodeclaratório, as informações sobre as receitas totais e os gastos com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) são preenchidas e homologadas pelos gestores do SUS e apuradas pelos Tribunais de Contas das unidades federadas (União, Estados, Distrito Federal e Municípios). Assim, podem apresentar divergência entre os valores declarados e os efetivamente aplicados em relação tanto a diferença quantitativa dos montantes quanto ao registro de alocação do investimento ser diferente do realmente empregado.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Por tratar-se de coleta de dados secundários, de domínio público, foi dispensada a apreciação por Comitê de Ética e Pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados extraídos e consolidados nas tabelas 6.1 e 6.2 retratam uma tendência crescente nas despesas com saúde, subfunção Atenção Básica, entre 2018 a 2021 e uma abrupta redução no total desta subfunção no ano de 2022. A tendência de aumento nas transferências federais para suprir as despesas em saúde, especialmente para APS, alcançou a importância de R\$ 71.773.277,60 em 2022. Neste mesmo ano, o município recebeu um incremento estadual de pouco mais de 3 milhões para a Atenção Básica.

A maior participação da união e do Governo do estado do Pará aconteceu em um contexto de queda acentuada na participação municipal no financiamento da APS. É importante destacar que a dificuldade está tanto na capacidade de manutenção dos serviços bem como na capacidade de investimento no setor, haja vista as significativas reduções nas despesas correntes e de capital ao longo do período analisado, respectivamente.

Os resultados analisados em relatórios de gestão do município indicam a dificuldade em atender necessidades orçamentárias para manter e investir em áreas estratégicas como a APS. Este cenário reflete a recente crise financeira que vive a secretaria de saúde da capital paraense desde final de 2021 e que culminou com solicitações de apoio financeiro da união e do governo do estado, em 2022, por parte da prefeitura de Belém para aplicar na saúde (DIÁRIO DO PARÁ, 2023b).

A Tabela 6.2 apresenta o volume de recursos alocados para APS em comparação aos alocados na MAC, no período de 2018 a 2022. A despesa com saúde por subfunção em 2018, o valor empenhado foi de R\$ 860.503.700,20 (Oitocentos e sessenta milhões, quinhentos e três mil, setecentos reais e vinte centavos). A sub função com maior nível de utilização de dotação orçamentária foi a Assistência Hospitalar e Ambulatorial, que 60,23% (R\$ 518.305.614,98) da dotação prevista anual.

Tabela 6.1 - Despesa total em saúde por fonte e subfunção, atenção básica, município de Belém (PA), 2018-2022, conforme SIOPS

Atenção Básica		Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saúde	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal	Transferências	Total
				Fundo a Fundo de recursos do SUS provenientes do Governo Estadual	
2018	Corrente	65.662.620,50	52.442.417,97	0	118.105.038,47
	Capital	61.898,50	1.114.980,87	0	1.176.879,37
	Total	65.724.519,00	53.557.398,84	0	119.281.917,84
2019	Corrente	87.697.283,34	60.064.392,53	0	147.761.675,87
	Capital	2.825.432,56	56.031,51	0	2.881.464,07
	Total	90.522.715,90	60.120.424,04	0	150.643.139,94
2020	Corrente	87.697.283,34	60.064.392,53	0	147.761.675,87
	Capital	2.825.432,56	56.031,51	0	2.881.464,07
	Total	90.522.715,90	60.120.424,04	0	150.643.139,94
2021	Corrente	92.811.225,52	-	0	92.811.225,52
	Capital	291.607,13	-	0	291.607,13
	Total	93.102.832,65	65.826.224,90	0	158.929.057,55
2022	Corrente	-	-	-	-
	Capital	-	-	-	-
	Total	17.312.326,90	71.773.277,60	3.061.370,89	92.146.975,39

Fonte: Relatórios anuais de gestão (RAG) Belém 2018 – 2022.

Em 2019, a despesa com saúde por subfunção, teve empenhado um valor de R\$ 1.022.241.036,08 (Um bilhão, vinte e dois milhões, duzentos e quarenta e um mil, trinta e seis reais e oito centavos). A sub função com maior nível de utilização de dotação orçamentária foi a Assistência Hospitalar e Ambulatorial, que 60,29% (R\$ 616.333.176,70) da dotação prevista anual.

No ano de 2020, em que foi empenhado (R\$ 543.529.642,32/quinhentos e quarenta e três milhões, quinhentos e vinte e nove mil, seiscentos e quarenta e dois reais e trinta e dois centavos), a subfunção com maior nível de utilização de dotação orçamentária foi a Assistência Hospitalar e Ambulatorial (MAC), que representa 80,04% (R\$ 607.607.966,69) da dotação prevista anual.

Em 2021, no demonstrativo da receita da SESMA, por Bloco de Custeio e Investimentos, para as despesas do exercício do ano de 2021 foi de R\$ 1.087.177.826,30 (um bilhão, oitenta e sete milhões, cento e setenta e sete mil, oitocentos e vinte e seis reais e trinta centavos). A subfunção com maior orçamento foi da Média e Alta Complexidade, que representa 58,21% (R\$ 679.823.622,22) do orçamento previsto no de 2021.

No ano de 2022, no demonstrativo da receita da SESMA, por Bloco de Custeio e Investimentos, para as despesas do exercício do ano de 2022 foi de R\$ 1.191.888.885,14 (um bilhão, cento e noventa e um milhões, oitocentos e oitenta e oito mil, oitocentos e oitenta e cinco reais e quatorze centavos). A subfunção com maior orçamento foi da Média e Alta Complexidade, representando 44,16% (R\$ 546.571.896,70) do orçamento previsto no de 2022.

Ainda que MAC predomine entre as subfunção no destino dos recursos, observa-se uma redução de volumes de recursos para esta subfunção ao longo do período analisado. Atingiu ápice em 2020, no ano do advento da pandemia de Covid-19, mas voltou, em 2022, a patamares menores que em 2018, mesmo diante da pressão assistencial pela ampliação dos serviços para a população. É possível notar que existe um esforço contínuo da gestão municipal no sentido de reduzir estas despesas.

Tabela 6.2 - Recursos alocados para a APS versus os recursos alocados para a atenção em média e alta complexidade (MAC), município de Belém (PA), 2018-2022, conforme SIOPS

Despesas com saúde (por subfunção)	Atenção Básica	Atenção Hospitalar e Ambulatorial
2018	119.602.644,74	518.305.614,98
2019	153.190.280,07	616.333.176,70
2020	154.594.529,12	607.607.966,69
2021	146.539.292,83	679.823.622,22
2022	75.662.672,09	546.571.896,70

Fonte: Relatório Resumido de Execução Orçamentária, Belém (PA), 2018 - 2022.

Uma subavaliação no cálculo do teto anual do MAC do município de Belém no período de 2019 a 2022, limitou o envio de recursos federais ao município. Os recursos solicitados para a União giram em torno de R\$ de 92 milhões e devem ser destinados para reparar a defasagem de 55 milhões no teto do MAC (DIÁRIO DO PARÁ, 2023b).

A tentativa de reparar essa defasagem pode justificar a decisão de gestão em realocar cada vez mais recursos de outras áreas, como APS, para a MAC. Assim como realocações para outras subfunções para arcar com as despesas na saúde, especialmente neste contexto de crise.

Observa-se na análise dos Relatório Resumido de Execução Orçamentária que a subfunção “Outras subfunções” tem aumentado de volume no ano de 2022, atingindo um volume total de R\$ 552.413.660,82, o que equivale a 46,34% do orçamento previsto para o ano. Por definição a subfunção é a partição da função e, de modo geral, combina-se com a função típica da área ou do setor, embora não se restrinja a ela. Elas são classificadas em Administrativas; Por área de atuação - “subfunções vinculadas” e Demais áreas - informações complementares, onde “outras subfunções” está contida e compreende as outras subfunções que concorrem para a execução de ações e serviços públicos de saúde que não estejam relacionadas nos itens anteriores (BRASIL, 2023).

O cenário de diminuição dos recursos alocados seja na APS, seja na MAC no município de Belém, pode sugerir redução da arrecadação no período em virtude do impacto trazido pela pandemia de Covid-19 aos cofres públicos a partir de 2020. No entanto, contraditoriamente quando se observa a evolução da arrecadação do município para aplicação em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) no período estudado, nota-se que houve progressivos acréscimos na arrecadação especialmente no ano de 2022 em que o total de receita se aproxima do dobro do arrecadado no ano de 2018. O aumento da arrecadação aconteceu tanto com as receitas de impostos líquidos quanto com as receitas provenientes das transferências constitucionais e legais, conforme apresentado na Tabela 6.3.

A evolução progressiva de receitas também é observada com relação as receitas adicionais para financiamento da saúde do SUS. A União seguiu ampliando as transferências entre 2018 a 2022 ao passo que o Estado, que também seguia a mesma tendência, apresentou uma redução de mais de 4 milhões de reais nestas transferências para o município de Belém em 2022, como mostra a Tabela 6.4.

O aumento de receita não atrelado ao da despesa em um período de crescentes demandas em saúde talvez reflita o elevado grau da política de contingenciamento de recursos na saúde aplicada a capital paraense nos últimos anos.

Tabela 6.3 - Receitas para apuração da aplicação em ações e serviços públicos de saúde, município de Belém (PA), 2018-2022

Ano	Receita de impostos líquidos*	Receita de transferências constitucionais e legais**	Total das receitas
2018	694.423.894,08	983.875.150,89	1.678.299.044,97
2019	772.259.790,05	1.056.089.549,55	1.828.349.339,60
2020	800.022.484,38	1.077.998.429,70	1.878.020.914,08
2021	892.236.976,50	1.312.864.875,44	2.205.101.851,94
2022	1.075.350.917,11	1.405.438.086,91	2.480.789.004,02

*Receita Resultante do Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU; Multas, Juros de Mora, Dívida Ativa e Outros Encargos do IPTU; Receita Resultante do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ITBI; Multas, Juros de Mora, Dívida Ativa e Outros Encargos do ITBI; Receita Resultante do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS; Multas, Juros de Mora, Dívida Ativa e Outros Encargos do ISS; Receita Resultante do Imposto sobre a Renda e Proventos de Qualquer Natureza Retido na Fonte - IRRF.
 **Cota-Parte FPM; Cota-Parte ITR; Cota-Parte do IPVA; Cota-Parte do ICMS; Cota-Parte do IPI - Exportação; Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais; Desoneração ICMS (LC 87/96); Outras.

Fonte: Relatório Resumido de Execução Orçamentária, Belém (PA), 2018 - 2022.

A crise em Belém traz elementos do histórico subfinanciamento da saúde no Brasil e uma política continuada de contingenciamento de recursos que pressiona a gestão municipal a fazer escolhas delicadas, pois como contingenciar com recursos cada vez mais escassos? Por outro lado, estes dados indicam que as realocações diversas acontecem em áreas estratégicas e de grande relevância para manutenção dos serviços básicos para atender as demandas de saúde da população de Belém e região metropolitana seja para arcar com despesas com fornecedores, empresas terceirizadas e pessoa jurídica (PJ), agentes muito presentes na realidade do SUS.

Tabela 6.4 - Receitas adicionais para financiamento da saúde: Transferências de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), município de Belém (PA), 2018-2022

Ano	União	Estados	Outros receitas do SUS	Total de receitas adicionais realizadas
2018	418.742.632,55	5.612.444,98	392.154,75	424.747.232,28
2019	513.101.745,30	17.949.112,69	0	531.050.857,99
2020	540.001.239,21	21.468.824,19	0	561.470.063,40
2021	549.170.869,52	34.691.179,28	0	583.862.048,80
2022	562.941.918,33	30.335.767,60	0	593.277.685,93

Fonte: Relatório Resumido de Execução Orçamentária, Belém (PA), 2018 - 2022.

No entanto, estas medidas ainda não foram capazes de produzir efeitos que minimizem a crise na saúde e as permanentes reivindicações de profissionais pelo pagamento de salários atrasados e reajuste do salário-base ao valor do salário mínimo, pagamentos de terceirizadas responsáveis pela segurança, limpeza nos estabelecimentos de saúde bem como ainda não dirimiram a grave falta de insumos básicos em toda rede de atenção à saúde de Belém.

Além de requerer ampliação dos recursos para a saúde municipal, medidas administrativas se adotadas podem reduzir esse desequilíbrio no orçamento municipal. Auditorias, revisões de contratos com terceirizadas, monitoramento de metas quantitativas e qualitativas, qualificar a administração e estreitar parcerias importantes com ministério público para que se evite chantagens por parte de empresas que celebram contratos ou convênios com o SUS municipal, são algumas iniciativas de gestão que pode refletir no melhor uso dos recursos públicos.

Este processo precisa ser alicerçado por transparência e com efetiva participação da comunidade como importante elo da gestão.

7 CONCLUSÃO

Este estudo teve por objetivo discutir questões relativas ao financiamento e à alocação de recursos para a Atenção Básica, por fonte de financiamento bem como comparar com a alocação da Média e Alta complexidade.

Os dados obtidos através do SIOPS revelam a participação no financiamento da atenção básica de Belém das três esferas de governo. No período analisado é possível perceber que a participação municipal foi maior que 50% do total do recurso aplicado na Atenção Primária até 2021 e em 2022 acontece uma inversão e a união contribui com 77,88%, Estado com 3,32% e o município com 18,78%. Isto demonstra uma significativa dependência que o município de Belém tem em relação ao aporte financeiro federal para manter e ampliar seus serviços primários em saúde.

Neste sentido, faz-se necessário discutir possibilidades de maior apoio financeiro do estado, considerando sua maior arrecadação em relação ao município de Belém. É fundamental garantir recursos em quantidade suficiente para APS brasileira e recursos estáveis que garantam sua plena efetivação enquanto principal porta de entrada do SUS e

ordenadora do cuidado em rede e os recursos da união são decisivos para o sucesso de uma APS mais forte e resolutiva.

É inegável que o contexto político perpassa por essa discussão de repasse de recursos do Estado governado por Helder Barbalho do MDB (Movimento Democrático Brasileiro) para determinados municípios. Quando comparamos os dados orçamentários do município de Ananindeua, segundo município mais populoso da região metropolitana de Belém (RMB) e governado pelo médico Daniel Santos, mais conhecido como Dr. Daniel também do MDB, observamos que o município obteve transferências fundo a fundo de recursos do SUS provenientes do Governo do Estado, subfunção Atenção Básica, na importância aproximada de 450 mil em 2020, 4 milhões em 2021 e 400 mil em 2022 (SIOPS, 2023).

A dificuldade na gestão da saúde em Belém, prefeitura governada por Edmilson Rodrigues do PSOL (Partido Socialismo e Liberdade) não se resume apenas a uma questão orçamentária, mas tem fortes elementos políticos em disputa com o Governo do Estado. Se por um lado é imperativo repensar o formato do financiamento para APS e uma fonte regular de recursos que não aos moldes produtivistas do Previde Brasil, por outro a gestão municipal de Belém, afim de cumprir com seu Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025 no que se refere a expansão da APS, precisa priorizar os serviços primários adotando medidas de gestão importantes para equilibrar o orçamento e evitar maiores prejuízos para a atenção básica.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA PARÁ. Governador assina termo de cooperação para atender a área da saúde de Belém. 23 de fev. 2023. Disponível em:<https://agenciapara.com.br/noticia/41584/governador-assina-termo-de-cooperacao-para-atender-a-area-da-saude-de-belem>. Acesso em: 15 abr. 2023.

ARAÚJO, C. E. L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciência e Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 22, n. 3, p. 953–963, mar. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017223.15542016. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/csc/a/y6h5vh89YT3zGHwwqMBLRVJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2023.

AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. Gastos com a dívida consumiram 46,3% do orçamento federal em 2022. 23 fev. 2023. Disponível em: <https://auditoriacidada.org.br/conteudo/gastos-com-a-divida-consumiram-463-do-orcamento-federal-em-2022/>. Acesso em: 15 abr. 2023.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990.

_____. Portaria nº 1.602, de 9 de julho de 2011. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal. Diário Oficial da União, 2011.

_____. 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. Diário Oficial da União, 2016.

_____. Emenda Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022. Altera a Constituição Federal, para dispor sobre as emendas individuais ao projeto de lei orçamentária, e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para excluir despesas dos limites previstos no art. 107; define regras para a transição da Presidência da República aplicáveis à Lei Orçamentária de 2023; e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2022.

_____. Constituição 1988. Emenda Constitucional 95, de 15 de novembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Lex: legislação federal e marginalia. 2016.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Atenção Básica. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>. Acesso em: 15 abr. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/consleiorespfiscal.php>. Acesso em: 15 abr. 2023.

_____. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Diário Oficial da União, 1993.

_____. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 1996.

_____. Portaria GM/MS nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição. Diário Oficial da União, 1997.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, 2000.

_____. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União, 2001.

_____. Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União 2002.

_____. Portaria n. 2.488, de 21 outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 2011.

_____. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Cartilha de orientação SIOPS 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_orientacao_siops.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

CABREIRA, F. da S. et al. Despesas municipais em atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo ecológico. **Cadernos de Saúde Pública**, Alegrete, v. 34, n. 12, p. 1–13, jun. 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00150117. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/P77JZWzg3ZJwmGVDCHWtRSB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2023.

DE SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 3781–3786, ago. 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021269.2.01072020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YDNxWmxtzxsfhTgn9zjcrhC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2023.

DIÁRIO DO PARÁ. PSM do Guamá segue em greve; Sesma promete pagamento. 09 fev. 2023. Disponível em: <https://dol.com.br/noticias/para/795020/psm-do-guama-segue-em-greve-sesma-promete-pagamento?d=1>. Acesso em: 15 abr. 2023a.

_____. Belém amarga R\$ 92 milhões a menos em repasses para Saúde. 11 fev. 2023. Disponível em: <https://dol.com.br/noticias/para/795357/belem-amarga-r-92-milhoes-a-menos-em-repasses-para-saude?d=1>. Acesso em: 15 abr. 2023b.

GIOVANELLA, L. (org); MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

HARZHEIM, E. et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 1361–1374, abr. 2020a. DOI: 10.1590/1413-81232020254.35062019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hqrbGPVd3vjDDbQ67WygLdQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2023.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 1189–1196, abr. 2020b. DOI: 10.1590/1413-81232020254.01552020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4pBPtJ4CVFGtSjYKPbnbyzD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2023.

HARZHEIM, E. et al. Bases para a Reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2354, abr. 2020c. DOI: /10.5712/rbmfc15(2)2354. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2354/1528>. Acesso em: 16 abr. 2023.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867–874, dez. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzJyRTkBmxLQBttmX9mtK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 abr. 2023.

MARINHO, A.; OCKÉ-REIS, C. O. SUS: o debate em torno da eficiência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1181–1188, mar. 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.01022020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 abr. 2023

MAZON, L. M. et al. Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil. **Saúde em Debate**, Santa Catarina, v. 42, n. 116, p. 38–51, jan-mar. 2018. DOI:10.1590/0103-1104201811603 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YLgMyxhMY3z99DXHTNr5GBv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 abr. 2023.

MENDES, Á. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1183-1197, out-dez. 2014. DOI: 10.1590/S0104-12902014000400006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Qsh9qxrGGKskpZjQvZLW7jv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2023.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 42, n. spe1, p. 224–243, set. 2018. DOI:10.1590/0103-11042018S115. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/F95jdgvRBmBzh4CJXdXBJDh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2023.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ. MPPA reúne com a SESMA para discutir crise no setor da saúde municipal. 23 mar. 2023. Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/noticias/mppa-reune-com-a-sesma-para-discutir-crise-no-setor-da-saude-municipal.htm>. Acesso em 15 abr. 2023.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde Atenção Básica no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11–24, jan-mar. 2018. DOI:10.1590/0103-1104201811601. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2023.

MOROSINI M.V.G.C., FONSECA A.F., BAPTISTA T.W.F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da

política de privatização da atenção básica? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, jun. 2020; DOI: 10.1590/0102-311X00040220. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 abr. 2023.

O LIBERAL. Médicos denunciam crise na saúde municipal de Belém. 24 nov. 2022. Disponível em: <https://www.oliberal.com/belem/medicos-denunciam-caos-na-saude-municipal-de-belem-1.616492>. Acesso em: 15 abr. 2023.

_____. Trabalhadores de serviços gerais da saúde de Belém fazem ato para cobrar pagamentos atrasados. 20 dez. 2022. Disponível em: <https://www.oliberal.com/belem/trabalhadores-de-servicos-gerais-da-saude-de-belem-fazem-ato-para-cobrar-pagamentos-atrasados-1.626555>. Acesso em: 15 abr. 2023a.

_____. Crise na saúde: Sesma anuncia medidas de enfrentamento. 25 nov. 2022. Disponível em: <https://www.oliberal.com/belem/crise-na-saude-sesma-anuncia-medidas-de-enfrentamento-1.617119>. Acesso em: 15 abr. 2023b.

_____. Pacientes com diabetes reclamam da falta de insulina em centro médico de Belém. 28 out. 2022. Disponível em: <https://www.oliberal.com/eu-reporter/pacientes-com-diabetes-reclamam-da-falta-de-insulina-em-centro-medico-de-belem-1.606006>. Acesso em: 15 abr. 2023c.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, [Publicado Online], v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011. DOI: :10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 10 abr. 2023.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Salvador, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, jun. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.09172018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 mar. 2023.

PEREIRA, J.M.M. **O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro (1944-2008)**. 2009. 382 f. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de História, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2009.

ROCHA, R.; SZKLO, M. Desigualdade em gastos municipais em saúde no Brasil e mecanismos redistributivos: uma análise longitudinal para o período 1998-2018. **APS EM REVISTA**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 66–74, jan-abr. 2021. DOI: 10.14295/aps.v3i1.178. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/178>. Acesso em: 22 mar. 2023.

SANTOS NETO, J. A. et al. Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Piracicaba, v. 22, n. 4, p. 1269–1280, abr. 2017. DOI:10.1590/1413-81232017224.28452016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/G6B5z5w9BQr9x5s6Mn5vdDp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELÉM (SESMA). Plano Municipal de Saúde 202-2025. Disponível em: <https://portalsage.saude.gov.br/painelInstrumentoPlanejamento>. Acesso em: 12 mar. 2023.

SOUZA L.E. et al. O potencial impacto da austeridade no alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil. **BMJ Global Health**, Salvador, v. 4, n. 5, ago. 2019; DOI:10.1136/bmjgh-2019-001661. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31565412/>. Acesso em: 18 mar. 2023.

SOUSA, M. F. de; HAMANN, E. M. Programa saúde da família no Brasil: Uma agenda incompleta?. **Ciência e Saúde Coletiva**, Brasília, v. 14, n. SUPPL. 1, p. 1325–1335, out. 2009. DOI:10.1590/S1413-81232009000800002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Y4XDXBGwrMfLDHhrwPhhQ4w/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 fev. 2023.

STARFIELD B., SHI L., MACINKO J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank quarterly**. [s. l.], v. 83, n. 3, p. 457-502, out. 2005. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16202000/>. Acesso em: 15 fev. 2023.

SULPINO, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. Controvérsias sobre o Novo Regime Fiscal e a apuração do gasto mínimo constitucional com saúde. Ipea, [s. l.], Brasília, 2018 (n. 25). Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9401>. Acesso em: 11 mar. 2023.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751–1762, jun. 2018. DOI:10.1590/1413-81232018236.06022018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8R6QRyHlFb4S7FXh8CDd5kf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde. 1978. Disponível em: <https://www.who.int/primary-health/conference-phc>. Acesso em: 21 abr. 2023.