

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS
GERAIS – CAMPUS FORMIGA
CURSO-BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO**

LOHAYNE NASCIMENTO DA SILVA

**ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE FORMIGA-MG: ANÁLISE DAS
RELAÇÕES DO PISO DA ATENÇÃO BÁSICA FIXO E VARIÁVEL E A DESPESA
LIQUIDADA MUNICIPAL EM SAÚDE**

FORMIGA – MG

2018

LOHAYNE NASCIMENTO DA SILVA

**ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE FORMIGA-MG: ANÁLISE DAS
RELAÇÕES DOS PISO DA ATENÇÃO BÁSICA FIXO E VARIÁVEL E A DESPESA
LIQUIDADA MUNICIPAL EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Administração do Instituto Federal de Minas Gerais – Campus Formiga como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Administração.

Orientadora: Prof.^a Ms. Liliane de Oliveira Rezende

Coorientador: Prof. Ms. Luiz Guilherme Rodrigues Antunes

FORMIGA – MG

2018

650 Silva, Lohayne Nascimento da.
Atenção básica do município de Formiga – MG : análise das relações dos piso da atenção básica fixo e variável e a despesa liquidada municipal em saúde / Lohayne Nascimento da Silva. -- Formiga : IFMG, 2018. 29p. : il.

Orientador: Prof. MSc. Liliane de Oliveira Rezende
Coorientador: Prof. MSc. Luiz Guilherme Rodrigues Antunes
Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais – *Campus* Formiga.

1. PAB Fixo. 2. PAB Variável, despesa liquidada. I. Título.

CDD 650

LOHAYNE NASCIMENTO DA SILVA

**ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE FORMIGA-MG: ANÁLISE DAS
RELAÇÕES DOS PISO DA ATENÇÃO BÁSICA FIXO E VARIÁVEL E A DESPESA
LIQUIDADADA MUNICIPAL EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Administração do Instituto Federal de
Minas Gerais – Campus Formiga como requisito
parcial para obtenção do Título de Bacharel em
Administração.

Banca Examinadora

Prof.^a Ms. Liliane de Oliveira Rezende
Orientadora/IFMG-Campus Formiga

Prof. Ms. Luiz Guilherme Rodrigues Antunes
Coorientador/IFMG-Campus Formiga

Arlete Aparecida de Abreu

Docente/IFMG-Campus Formiga

Marcos Antônio Alves

Docente/IFMG-Campus Formiga

Aprovado em 11 de dezembro de 2018.

FORMIGA-MG

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus por todas as oportunidades , à minha mãe por todo apoio , ao meu pai mesmo não estando de corpo presente sempre se faz presente, à minha orientadora Liliane por estar ao meu lado desde o começo e por toda paciência e ao meu coorientador Luiz Guilherme por toda ajuda e paciência .Agradeço à Vitória da Secretaria de Saúde onde sem ela este trabalho não seria possível , ao meu namorado Felipe por todo apoio e compreensão , ao Dee por toda ajuda , ao meu quarteto Larissa, Natália ,Steliany e Daniele por tudo, à Laís por tudo , e a todos que de algum modo contribuíram para que isso fosse possível.

RESUMO

Por ser o primeiro atendimento do SUS e voltada para a promoção da saúde, a Atenção Básica é de extrema importância para a saúde e a população, entretanto não há muitos trabalhos sobre o tema na literatura. O objetivo do presente trabalho foi analisar a relação dos Pisos da Atenção Básica Fixo e Variável e a Despesa Liquidada da Atenção Básica do Município de Formiga-MG, possuindo como objetivos específicos: (i) verificar a relação entre PAB Fixo, PAB Variável, despesa liquidada da atenção básica; e (ii) apresentar a relação linear entre as variáveis. Para a realização do mesmo, utilizou-se o levantamento de fontes secundárias para a coleta de dados. Posteriormente, foi utilizado o *software* Gretl (GNU – *Regression, Econometric and Times-series Library*, 2018) e considerado suas correlações, agrupamentos e regressões. Por fim encontrou-se uma equação onde os resultados indicam que apenas agentes comunitários de saúde e incentivo aos agentes comunitários de saúde estão fortemente correlacionados com o PAB Variável, não existindo relação dos PABs Fixo e Variável com a Despesa Liquidada. Assim, foi possível identificar o quanto é importante os agentes comunitários de saúde que fornecem o primeiro contato da população com o Sistema Único de Saúde (SUS). A contribuição do presente trabalho se dá pela necessidade por mais investimentos e melhorias na área de saúde principalmente na Atenção Básica.

Palavras-chave: PAB Fixo, PAB Variável, despesa liquidada,

ABSTRACT

As the first service of the Unified Health System (SUS), the "Basic Care" that is focused on health promotion, is extremely important for health and the population, however there's not too many works in the literature. The objective of the present study was to analyze the relationship between the Basic Attention Floors (PAB) Fixed, and Variable, and the Liquidated Expenditure for Basic Care of the Municipality of Formiga - MG, with specific objectives: (i) to verify the relationship between Fixed PAB, Variable PAB, Liquidated Expenditure for Basic Care; and (ii) present the linear relationship between the variables. For the accomplishment of the same, it was used the survey of secondary sources for the data collection. Afterwards, Gretl Software was used and its correlations, groupings and regressions were considered. At the end, an equation was found, where the results indicate that only community health agents and incentive to the community health agents, are strongly correlated with the Variable PAB, not existing relation between the Fixed and Variable PABs with the Liquidated Expenditure. So, it was possible to identify how important the community health agents are, which provide the first contact of the population with SUS. The contribution of the present study, is due to the need for more investments and improvements in the health area, mainly in the Basic Care.

Keywords : fixed PAB, variable PAB, liquidated expenditure

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

APS -	Atenção Primária à Saúde
CAPs -	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CNS -	Comissão Nacional de Saúde
CNRS -	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
EC-29 -	Emenda Constitucional nº 29
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
IAPs -	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IDH-	Índice de Desenvolvimento Humano
LOS -	Leis Orgânicas de Saúde
NOAS -	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB-96 -	Norma Operacional Básica de 1996
PAB-	Piso da Atenção Básica
PIB -	Produto Interno Bruto
SUDs -	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS-	Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 01- Correlação entre PAB Fixo, ACS, Incentivos para ACS, SF, SB, despesa liquidada e população.....	19
Tabela 02- Primeiro Modelo de regressão.....	20
Tabela 03- Modelo de regressão final.....	21

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 REFERENCIAL TEÓRICO	7
2.1 Sistema de Saúde no Brasil	7
2.1.1 <i>Evolução da Saúde no Brasil</i>	7
2.1.2 <i>Financiamento do SUS</i>	9
2.2 Atenção Primária a Saúde	11
2.2.1 <i>Conceitos gerais</i>	11
2.2.2 <i>Componentes da atenção primária à saúde</i>	12
2.2.3 <i>Financiamento da atenção primária</i>	14
2.2.4 <i>Variáveis e hipóteses</i>	15
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS	17
4 ANÁLISE DE RESULTADOS	18
4.1. <i>Correlacionando PAB Fixo, PAB Variável e despesa liquidada da atenção básica</i>	18
4.2. <i>Análise de regressão: em busca de um modelo de associação das variáveis</i>	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	23

1. INTRODUÇÃO

A saúde é considerada um direito social, conforme os artigos 196 a 200 da Constituição Federal, que dispõem sobre o direito e deveres da população, Municípios, Estados e União para com a saúde ; e as leis nº 8.080 e nº 8.142, que dizem respeito à participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE,1990). Estas leis garantem que o SUS ofereça acesso universal, ou seja, haja inexistência de barreiras socioculturais, organizacionais, econômicas geográficas, de gênero, etc., no que diz respeito aos cuidados da saúde, assim como atendimento integral para todos, conforme a necessidade da população.

A necessidade à saúde da população abrange não apenas as que são relacionadas à assistência à saúde, mas provenientes também de outras extensões que sejam essenciais à qualidade e à vida (OSORIO; SERVO; PIOLA, 2011). Entretanto, na realidade encontra-se descompasso com as leis e com a realidade do SUS.

Apresenta-se um descompasso na realidade do SUS, um grande aumento da demanda da população pelo serviço de saúde, ocasionado pela dificuldade do uso de sistemas complementares, ou seja, sistema de saúde privados pela população (CASTRO; RIBEIRO,2009). Há fatores que agravam esta situação, como desemprego, miséria, pobreza e fome que geram mais doenças e pioram que já existem, conseqüentemente ocasionam um aumento do preço da assistência à saúde ,além da aquisição sem controle de equipamentos e medicamentos, e a diminuição do financiamento do SUS em contrapartida com o aumento das necessidades sentidas e acumuladas pela população (CASTRO;RIBEIRO,2009).

O Piso da Atenção Básica (PAB) possui o objetivo de diminuir estes problemas, mesmo que haja este descompasso entre a saúde garantida por lei e a que é ofertada para a população. A atenção básica é compreendida como um conjunto de ações, sendo de caráter individual ou coletivo no primeiro nível de atenção do sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2011).

O presente trabalho possui o objetivo de analisar a relação dos Pisos da Atenção Básica (PAB) Fixo e Variável e a Despesa Liquidada da Atenção Básica do Município de Formiga-MG. Já como objetivos específicos, buscou-se: (i) verificar a relação entre PAB Fixo, PAB Variável, despesa liquidada da atenção básica; e (ii) buscar a relação linear entre as variáveis.

Como justificativa para tal trabalho tem-se a possibilidade de encontrar e verificar se há relação entre o PAB e a despesa liquidada da Atenção Básica, pois a Atenção Básica é o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, possibilitando assim desenvolver melhorias e mais eficiência para a população no que diz respeito a resolução dos problemas de saúde .

O presente trabalho está estruturado, além desta introdução em mais quatro partes sendo o referencial teórico, composto em duas partes: na primeira é abordado o sistema de saúde no Brasil e o financiamento do SUS; e a segunda, constitui-se os componentes da atenção primária e o financiamento da saúde primária. A seção 2 diz respeito dos métodos e procedimentos com uso do *software* Gretl; a seção 3 dispõe a análise e discussões dos dados e procedimentos; e por fim na seção 4 é apresentada as considerações finais e referências.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Esta seção está organizada de acordo com os seguintes tópicos: o sistema de saúde no Brasil e a atenção primária à saúde. Na subseção o sistema de saúde no Brasil consta os seguintes subtópicos: evolução da saúde no Brasil e financiamento do SUS. Onde é abordado a estrutura do sistema de saúde no Brasil, sua regulamentação, assim como seus princípios doutrinários e organizacionais. Na seção atenção primária à saúde constitui-se a atenção primária à saúde (APS), os componentes da atenção primária e o financiamento da saúde primária.

2.1. Sistema de Saúde no Brasil

Este tópico está subdividido em: evolução da Saúde no Brasil, onde é abordado toda a evolução da saúde até o SUS; e o financiamento do SUS.

2.1.1. Evolução da Saúde no Brasil

Antes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Constituição Federal de 1988, o sistema de saúde brasileiro limitava-se somente a prevenção e controle de epidemias como malária, doença de Chagas, esquistossomose, febre amarela e problemas relacionados ao saneamento básico. Neste contexto, a saúde não era considerada um direito à população por parte do Governo, e a inexistência de um sistema de saúde fez com que surgisse instituições de caridade que atendiam somente pessoas com poucos recursos (BASTOS, 1977).

Em 1923 com o progresso industrial e da mobilização gradativa dos trabalhadores foi criada a Lei Eloy Chaves que constituía a “Caixas de Aposentadoria e Pensão- CAPs” que eram um fundo criado pelas próprias empresas com a contribuição dos empregados, com o intuito de financiar a aposentadoria dos trabalhadores e sua assistência médica (CEAP, 2005).

Getúlio Vargas modifica a CAPs em 1930, transformando-a em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) agregando todas as CAPs em uma única categoria. Com esta agregação dos recursos, foi possível ampliar e expandir os recursos disponíveis (CEAP, 2005). Os IAPs gerenciavam então altos valores de recursos divididos entre a classe operária, visto que o número de empregados com carteira assinada aumentava rapidamente e a quantidade de aposentados era pequena. Entretanto, o direito à saúde era limitado a quem contribuísse (CEAP, 2005).

Com o fim do regime militar em 1985, surgiram movimentos e mobilizações sociais em prol da reforma sanitária brasileira, com grande destaque para a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) com a efetivação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), assim como a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e o desenvolvimento dos trabalhos da Assembleia Constituinte, Constituição de 1988 e a conjuntura pós-88, e por fim o SUS (PAIM, 2009).

A pressão social que se formou pela Reforma Sanitária, foi devido a precariedade que existia do atual sistema de saúde que não conseguia atender a todos e nem toda a demanda sanitária, o que comoveu a Assembleia Nacional Constituinte (SOUZA; COSTA, 2010). Segundo a Lei 8.080/90:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990 a).

O SUS foi criado de acordo com a Constituição Federal de 1988, definindo a saúde como direito de todos e sendo dever do Estado. Garantido por meio de políticas sociais e econômicas com o intuito à diminuição dos riscos de doença e de outros possíveis danos, permitindo assim o acesso universal e igual às ações e serviços para todos (BRASIL, 1988), conforme o Artigo 196 (BRASIL, 1988):

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

As ações e serviços de saúde que são considerados de relevância pública dizem respeito à lei dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. Estes integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, segundo o Artigo 197

(BRASIL,1988). No Artigo 198, são definidas as orientações e diretrizes do SUS, sendo uma delas a comunidade:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

Logo após a criação da Constituição Federal de 1988, sucederam negociações para a publicação de uma lei complementar com fundamentos operacionais, e iniciaria então a criação do SUS para atender as necessidades da população. O SUS foi então regulado pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS) que são as Leis 8.080 e 8.142 ambas de 1990 (BRASIL, 1990).

A Lei nº 8.080 define as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como o funcionamento dos serviços de correspondentes e demais providências. E a Lei nº8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O SUS é responsabilidade das três esferas do governo, incluindo a União, os Estados e Municípios nas ações de assistência à saúde da população, assim a gestão e implantação do SUS é de todos federativos, no que se diz respeito ao desenvolvimento de políticas e ações setoriais e intersetoriais que venham a garantir à população o acesso à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Devido a descentralização, os municípios se transformaram nos principais responsáveis pela saúde da população, assumindo a responsabilidade de execução das ações e serviços de saúde que são sugeridos pelo SUS por se encontrarem mais próximos da população, podendo reconhecer e atender melhor às demandas regionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

2.1.2. Financiamento do SUS

A Lei 8.080/90 determina os valores a serem distribuídos entre Municípios, Estados e o Distrito Federal ; devendo ser cumprido os seguintes de critérios : perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população que será coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na região; 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 Constituição Federal de 1988 define as origens das receitas para então custear as despesas ocasionadas pelo SUS, como ações de prevenção e saúde, assim como serviços de saúde. Ainda de acordo com a Lei 8.080/90, o financiamento do SUS é de total responsabilidade das três esferas do governo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Os três níveis do governo devem financiar o SUS, conforme a Lei Complementar nº141 de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29 (EC-29), que estabelece os percentuais de investimento financeiro provenientes das três esferas do governo. É determinado que municípios e Distrito Federal precisam destinar no mínimo 15 % anualmente, da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde e 12 % dos Estados (BRASIL, 2012).

O artigo 195 da Constituição Federal de 1988, afirma que a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados e dos Municípios. A União é a responsável pela maior parcela que cabe ao financiamento do SUS, apesar que a participação dos municípios cresceu ao longo dos anos e se tenha a perspectiva de que a parcela dos recursos estaduais no financiamento do sistema aumente gradativamente em consequência da EC-29 (SOUSA, 2002).

A descentralização transforma os municípios nos maiores responsáveis pela saúde da população, pois possuem a responsabilidade das ações e serviços de prevenção à saúde que são propostos pelo SUS. A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS) de 2002, determina dois requisitos de gestão municipal: a Gestão Plena do Sistema, na qual o município se capacita para receber determinada quantia de acordo com a base *per capita* para o financiamento das ações básicas de saúde ;e Gestão Plena da Atenção Básica onde o município recebe o total de recursos federais que são programados para assistência em seu território (BRASIL, 2002)

O ordenamento jurídico, as ações e os serviços de saúde são listados nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, fomentando a finalidade ética e política do sistema. A universalidade refere ao acesso e garantia a todos os serviços de saúde a qualquer cidadão sem que haja qualquer tipo de restrição ou distinção. A equidade diz respeito ao uso dos recursos e serviços de modo que venha a ser justa, conforme a demanda da população assim como atender os mais necessitados de modo a diminuir as desigualdades. E a integralidade, que discorre sobre o direito do atendimento integral sendo preventivo ou curativo tratando as pessoas como um todo, abordando da atenção básica de saúde, assistência hospitalar e ambulatorial, atendendo a população em todos os níveis de complexidade do sistema (SILVA; PINHEIRO; MACHADO, 2003).

Assim, a Lei 8.080/90 regulariza os princípios doutrinários e organizacionais do SUS, que são :a regionalização e hierarquização, a resolubilidade, a participação comunitária, a intersetorialidade e a complementariedade do setor privado que visam constituir objetivos estratégicos que ofereçam tangibilidade ao modelo de atenção à saúde desejado para o SUS (BRASIL, 1990). A regionalização e a hierarquização referem à organização dos serviços de saúde de forma regionalizada e de acordo com o nível crescente de hierarquização segundo a população de uma área delimitada. Já a resolubilidade diz respeito que o sistema deve estar capacitado a solucionar todos os problemas que levem o indivíduo a procurar o sistema de saúde independentemente do nível de assistência (BRASIL, 1990).

A participação comunitária ressalta a importância do direito e do dever da participação da população através de entidades representativas, sendo no processo de formulação, controle ou execução das políticas de saúde em todas as três esferas do governo. A intersetorialidade refere-se à concepção da saúde como consequência de diversos fatores tais como alimentação, saneamento básico, moradia e educação, diante a isto a necessidade do desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores governamentais. E por último a complementariedade do setor privado, onde a Constituição Federal definiu que quando ocorrer insuficiência dos recursos públicos, através de contratos e convênios, o Estado contrata serviços (BRASIL, 1990).

2.2 Atenção primária à saúde

2.2.1. Conceitos gerais

O uso recorrente do termo Atenção Primária à Saúde (APS) representa comumente a atenção ambulatorial não especializada, oferecida por meio de unidades de saúde de um sistema, a que se designa devido ao desenvolvimento de um conjunto muito diverso de atividades clínicas que demandam baixa densidade tecnológica, englobando também as atividades de saúde pública. Deve-se compreender estas unidades como espaços onde se ofertado, em sua grande maioria, o primeiro contato dos pacientes com o sistema de saúde, havendo a capacidade de resolver a maioria dos problemas de saúde apresentados (LAVRAS, 2011).

De acordo com Oliveira (2007) a APS é determinada como fundamental a saúde composta por tecnologia e métodos práticos, que são comprovados cientificamente e socialmente aceitos, tornando-se acessíveis universalmente à indivíduos e toda comunidade,

com um custo que o país possa pagar. É parte integral do sistema de saúde brasileiro possuindo como objetivo principal o desenvolvimento social e econômico da sociedade.

Entre as metas da APS, destaca-se a redução das desigualdades em saúde, de forma que as classes sociais mais vulneráveis não continuem regularmente em desvantagem em relação ao acesso aos serviços de saúde e a obtenção de um bom atendimento na saúde (ABRAHÃO, 2007; BRASIL, 2007; OLIVEIRA, 2007).

Segundo Mendes (2002) as funções que a APS deve cumprir, são: resolução, organização e responsabilização. A resolução objetiva solucionar grande parte dos problemas de saúde da população, já a organização refere-se a organizar os fluxos e contra fluxos dos usuários do SUS pelos inúmeros pontos de atenção à saúde. E a responsabilização, visa a responsabilidade pela saúde dos usuários independente do ponto em que estão.

2.2.2 Componentes da atenção primária à saúde

Segundo Starfield (2002), a APS deve orientar-se pelos seguintes princípios: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; abordagem familiar e enfoque comunitário.

O primeiro contato, ainda de acordo com Starfield (2002), considera que o APS é a entrada de fácil acesso ao usuário ao sistema de saúde. Devendo proporcionar aos usuários facilidade do local de atendimento e disponibilidade para que não se atrase e afete o diagnóstico e resolução do problema de saúde, sendo assim um elemento estrutural fundamental para a primeira atenção.

O acesso, segundo Donabedian (1973), pode ser classificado como sócio organizacional e geográfico. O acesso sócio organizacional refere-se aos recursos que simplificam ou dificultam os esforços que os indivíduos venham a realizar para chegar ao atendimento. Já o geográfico, diz respeito às características relacionadas com a distância e ao tempo para que os indivíduos obtenham atendimento e serviços.

Já a acessibilidade, pode ser analisada por meio da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade dos serviços oferecidos por parte dos usuários. A disponibilidade refere-se ao ganho da atenção necessária por parte do usuário e de toda sua família, em situações de emergência, urgência e de contingência (SHIMAZAKI, 2009). A comodidade está associada ao tempo de espera para se ter o atendimento, concordância de horários, agilidade para se ter contato com profissionais e comodidade dos ambientes destinados ao atendimento. E a aceitabilidade diz respeito a aceitação dos usuários do sistema de saúde, em relação a localização e aspecto dos serviços, a aceitação dos usuários em relação quanto ao atendimento

que é oferecido e em relação aos funcionários responsáveis pelo atendimento (SHIMAZAKI, 2009).

A longitudinalidade diz respeito a resolver o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos ao transcorrer de um período de anos (STARFIELD, 2002). É considerada uma relação pessoal estreita entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema, independentemente da existência ou não de algum problema, e refere-se à serviços contínuos e ao decorrer do tempo, de acordo com a necessidade do usuário (SHIMAZAKI, 2009).

A integralidade, segundo Starfield (2002), visa que a APS perceba as necessidades de saúde da população e os recursos para resolve-las. A APS deve orientar de forma direta em todos os serviços que possui para as necessidades da população em comum, atuando como um agente para a prestação de serviços para os problemas que carecem ser atendidos em demais pontos de atenção. A integralidade, de acordo com Shimazaki (2009), é fundamental pois assegura que os serviços sejam ajustados de acordo com a população necessita, sendo indispensável o diagnóstico adequado da situação de saúde da população, o atendimento pela unidade básica de saúde e a organização das redes de atenção à saúde.

A coordenação é compreendida como um estado de equilíbrio em uma ação ou esforço em comum (STARFIELD, 2002). É um obstáculo para os profissionais e equipes de saúde das APS, visto que não é sempre que possui acesso as informações e atendimentos a usuários que são feitos em outras unidades de saúde, dificultando assim a continuidade dos tratamentos que começam em outras unidades. O fundamento da coordenação é a disponibilidade de informação que se refere aos problemas de saúde e dos serviços que são prestados (MENDES, 2012).

A abordagem familiar diz respeito ao conhecimento pela equipe de saúde, dos membros da família e dos seus problemas de saúde. No contexto, da história da humanidade, as organizações familiares se diferenciam por meio dos tempos realizando mudanças no conceito, na estrutura e na composição das famílias. No Brasil, tem se admitido um conceito amplo e a família é identificada como um grupo de pessoas que convive sob um mesmo teto, na qual exista um grau de parentesco ou demais pessoas que morem na mesma residência (SHIMAZAKI, 2009). Para o Ministério da Saúde, é compreendida como um conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência que moram no mesmo domicílio (BRASIL, 1998).

O enfoque comunitário refere-se a APS, utilizando habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas de maneira complementar para adaptar os programas para que se atenda às necessidades próprias de saúde de uma população definida. Para isso, torna-se necessário: determinar e caracterizar a comunidade, reconhecer os problemas

de saúde da comunidade, transformar programas para abordar esses problemas e controlar a efetividade das alterações do programa (SHIMAZAKI, 2009).

2.2.3 Financiamento da atenção primária

O sistema de saúde brasileiro é financiado por intermédio de impostos gerais, contribuições sociais, ou seja, arrecadações de programas sociais que são específicos, gastos diretos e gastos dos empregadores com saúde. Outras fontes de financiamento são advindas de fontes privadas que são gastos por desembolso direto e os realizados por empregadores (PAIM, 2012).

De acordo com Mendes (2009), podem ser inúmeros meios de pagamentos como, unidades de serviço, procedimentos, capitação, salário, elemento de despesa ou orçamento global. Esses pagamentos são delimitados em dois grupos: retrospectivos que sucedem aos serviços que ainda não foram realizados e os prospectivos que acontecem de modo contrário.

O financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) é totalmente tripartite. A Norma Operacional Básica do SUS (NOB-96) em 1996, estabeleceu transferências federais para os municípios levando em consideração a população, baseado na *per capita* por intermédio do Piso da Atenção Básica (PAB-Fixo) e com base em acordo relacionados a ações e programas, por meio do Piso da Atenção Básica (PAB-Variável), sendo este utilizado como gerador para a efetivação da Estratégia Saúde da Família. Em 2006 por intermédio do Pacto pela Saúde, foi fundado os cinco blocos de financiamento vindo de transferências federais, sendo um relacionado à atenção básica, e os demais de média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão e investimento na rede (DAVID; SHIMIZU; SILVA, 2015).

2.2.4 Variáveis e hipóteses

O Piso da Atenção Básica (PAB) diz respeito há um montante de recursos financeiros federais que são destinados à viabilização das ações de Atenção Básica à saúde e que integram o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica. O PAB é formado pelo PAB Fixo que é a parte fixa destinada aos municípios e pelo PAB variável que é a parte variável na qual constitui-se em montante de recursos financeiros que são destinados para incentivar a implantação das estratégias nacionais de reorganização da atenção à saúde: Saúde da Família (SF); ACS; Saúde Bucal (SB); Compensação de Especificidades Regionais; Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), Saúde Indígena (SI); e Saúde no Sistema Penitenciário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) possui a equidade e age como fator para diminuir as desigualdades entre os municípios. O valor repassado é calculado conforme o tamanho da população e a pontuação que varia de 0 a 10 com base nos indicadores e respectivos pesos para cálculo : PIB *Per Capta* com peso 2 ; percentual da população com plano de saúde com peso 1 ; percentual da população com Bolsa Família ou percentual da população em extrema pobreza com peso 1 ; e a densidade demográfica com peso 1 ,determinados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2013). Sendo assim os valores destinados aos municípios segundo o Ministério da Saúde (2013) são:

- I- Valor mínimo de R\$ 23,00 (vinte e três reais) por habitante ao ano, aos municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes;
- II- Valor mínimo de R\$ 21,00 (vinte e um reais) por habitante ao ano, aos municípios com pontuação entre 4,82 e 5,40, e população de até 100 mil habitantes e para municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes;
- III- Valor mínimo de R\$ 19,00 (dezenove reais) por habitante ao ano, aos municípios com pontuação entre 5,40 e 5,85, e população de até 500 mil habitantes; e aos municípios com pontuação menor que 5,40 e população entre 100 e 500 mil habitantes; e
- IV- Valor mínimo permanece em R\$ 18,00 (dezoito reais) por habitante ao ano, aos municípios não contemplados nos itens anteriores.

Já o Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável), é calculado conforme o município executa ações e políticas de saúde específicas, ou seja, os recursos disponibilizados e seu destino, dependem exclusivamente do cumprimento das metas. As ações que compõem o PAB Variável são a Saúde da Família (SF); Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Saúde Bucal (SB), entre outros programas específicos de cada região (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O valor do incentivo financeiro destinado à cada ação pelo Governo, também varia de acordo com a modalidade em que são classificados, estas dependem do tamanho da população do município, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), atendimento à população e quantidade de equipes, conforme o Ministério da Saúde (2006):

- I- Na modalidade 1 para a Equipe de Saúde da Família (ESF), para a os municípios com até 30 mil habitantes e com IDH igual ou inferior a 0,7 ou que já recebem o acréscimo de 50 % aos incentivos de ESF e ESB que implantar, e as ESF que atendem no mínimo 70 pessoas de assentamentos e/ou quilombos,

recebem R\$ 10.695,00 (dez mil seiscentos e noventa e cinco reais) por mês por cada equipe, e o incentivo financeiro da Equipe de Saúde Bucal (ESB) é de R\$ 2.230,00 (dois mil duzentos e trinta reais) por equipe a cada mês;

- II- Na modalidade 2 para a ESF, os municípios com mais de 30 mil habitantes e IDH acima de 0,7 recebem o valor de R\$ 7.130,00 (sete mil cento e trinta reais) por mês por cada equipe, e na ESB o incentivo financeiro é de R\$ 2.980,00 (dois mil novecentos e oitenta reais) a cada mês por cada equipe.

A despesa liquidada é definida como o valor gasto com serviços, materiais, bens ou obras, após análise de documentos que provem os gastos dos mesmos. A liquidação das despesas com fornecimento ou com serviços prestados possuem como base o contrato, ajuste ou acordo respectivo; a nota de empenho; e os comprovantes da entrega de material ou da prestação efetiva do serviço (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2018).

De acordo com as variáveis : Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável) e seus componentes : Saúde da Família (SF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e seus incentivos financeiros, e Saúde Bucal (SB); Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo); despesa liquidada e a população do município, foram elaboradas as seguintes hipóteses:

H_1 : Quanto maior for o incentivo aos agentes de saúde (ACS) pelo Governo, maior será o Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável).

H_2 : Quanto maior for o incentivo do Governo aos agentes de saúde (ACS), maior será o Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável).

H_3 : Quanto maiores os recursos destinados ao atendimento às famílias (Programa Saúde da Família), maior será o Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável).

A seguir são apresentados os aspectos metodológicos, no qual apresentará os métodos e procedimentos adotados para a verificação (aceitação ou rejeição) das hipóteses aqui levantadas.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo define-se como quantitativo, visto que busca indícios conclusivos com base em amostras representativas e abrange análises estatísticas (MALHOTRA, 2011). A pesquisa também se classifica como exploratória, pois procura maiores conhecimentos a respeito da relação entre a despesa liquidada e os pisos da Atenção Básica (PAB) no município de Formiga -MG. A pesquisa exploratória, segundo Raupp e Beuren (2003) é desenvolvida com

o intuito de possibilitar uma percepção mais ampla a respeito de um determinado fato. Deste modo, é indicada nas primeiras etapas de averiguações quando não há conhecimento satisfatório para elaborar questionamentos ou hipóteses específicas (MATTAR, 2008).

Utilizou-se como método de pesquisa o levantamento de fontes secundárias, que abrange dados existentes que podem ser utilizados pelo pesquisador. Desta forma, foram utilizados os dados do Piso da Atenção Básica Variável (PAB-Variável) assim como suas subcontas, Piso da Atenção Básica Fixo (PAB-Fixo) e a despesa liquidada da Atenção Básica do município de Formiga - MG.

Deste modo, a amostra foi composta pelos valores do PAB Fixo e PAB Variável da cidade de Formiga - MG em um período de 9 anos, ou seja, de 2009 à 2017, sendo então caracterizada como um banco de dados em série temporal (MORETTIN; TOLOI, 1985). Os dados foram adquiridos pelos dados publicados nos sites do Ministério da Saúde, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS).

Em seguida, os dados foram inseridos no *software* GRETL , onde foram realizadas a especificação do modelo, testes para a modelagem e realizada a análise multivariada, definida como técnicas estatísticas que venham a analisar em conjunto múltiplos parâmetros em indivíduos ou objetos em estudo, sendo assim qualquer análise simultânea de duas variáveis ou mais (HAIR JUNIOR et al., 2005).

Deste modo, foram utilizadas as técnicas de correlação entre as variáveis Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável) e seus componentes: Saúde da Família (SF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e seus incentivos financeiros, e Saúde Bucal (SB) ; Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo); despesa liquidada (DL) e a população (POP) do município. Posteriormente, foi utilizada a regressão pelo método de Mínimos Quadrados Ordinários (MQO), com uso dos dados em série temporal (MORETTIN; TOLOI,1985).

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este tópico está subdividido em: Correlacionando PAB Fixo, PAB Variável e despesa liquidada da atenção básica, com o objetivo encontrar possível relação entre as variáveis e selecionar as variáveis ; e análise de regressão, para encontrar um modelo de associação das variáveis.

4.1. Correlacionando PAB Fixo, PAB Variável e despesa liquidada da atenção básica

Para a especificação do modelo e testes de modelagem, a correlação entre as variáveis PAB Fixo; ACS, Incentivos para ACS, SF, SB; despesa liquidada e a população do município foi verificada. Deste modo, foi utilizada a análise de correlação pelo *software* Gretl, usando os dados em série temporal. Com o intuito de minimizar a discrepância de valores, todos os dados foram logaritimizados.

Segundo Mukaka (2012), considera-se correlação muito forte com os valores entre 0,900 e 1; correlações fortes são consideradas com valores 0,700 e 0,900; considera-se correlações moderadas valores entre 0,500 e 700; as correlações fracas são consideradas ao apresentar valores entre 0,300 e 0,500, e por último as correlações insignificantes têm valores ente 0,000 a 0,300. A Tabela 01 apresenta as correlações obtidas com as variáveis analisadas.

Tabela 01 - Correlação entre PAB Fixo, ACS, Incentivos para ACS, SF, SB, despesa liquidada e população.

	I_ACS	I_SB	I_IACS	I_PABFIXO	I_DL	I_SF	I_POP
I_ACS	1	0,062	0,766	0,782	0,577	0,400	0,429
I_SB	0,062	1	0,291	0,050	0,507	0,744	0,249
I_IACS	0,766	0,291	1	0,782	0,577	0,723	0,654
I_PABFIXO	0,782	0,050	0,782	1	0,826	0,515	0,538
I_DL	0,577	0,507	0,577	0,826	1	0,785	0,368
I_SF	0,400	0,744	0,723	0,515	0,785	1	0,161
I_POP	0,429	0,249	0,654	0,538	0,368	0,161	1

Fonte: Elaborada pela autora, e fundamentada com dados da pesquisa.

Assim, as correlações entre o incentivo aos agentes comunitários de saúde e agentes comunitários de saúde se apresentam como fortes, assim como entre PAB Fixo e agentes comunitários de saúde; saúde da família e saúde bucal; PAB Fixo e incentivos aos agentes comunitários de saúde; saúde da família e incentivo aos agentes comunitários de saúde; entre despesa liquidada e PAB Fixo e por último entre saúde da família e despesa liquidada.

Estes resultados condizem com o que é afirmado pelo Ministério da Saúde (2012), que afirmam sobre o cálculo do PAB Fixo e das subcontas que integram o PAB Variável e a relação de ambas com despesa liquidada. Com ênfase nas subcontas do PAB Variável, na relação entre saúde da família e saúde bucal; saúde da família e o incentivo aos agentes comunitários de saúde e principalmente entre agentes comunitários de saúde e incentivo aos agentes comunitários de saúde.

E foram encontradas correlações moderadas entre despesa liquidada e agentes comunitários de saúde, saúde bucal, incentivos aos agentes comunitários de saúde e população; entre PAB Fixo e saúde da família, e população. Sendo estas correlações também explicadas pelo cálculo do PAB Fixo e Variável, segundo o Ministério da Saúde (2012). As demais correlações encontradas foram fracas ou insignificantes, sendo, portanto, excluídas.

4.2. Análise de regressão: em busca de um modelo de associação das variáveis

Após a confirmação da existência da relação PAB Fixo e das subcontas que integram o PAB Variável, e a relação de ambas com despesa liquidada, com ênfase nas subcontas do PAB Variável, foi então possível determinar e verificar o tipo de relação entre estas contas, estabelecendo o PAB Variável e despesa liquidada como variáveis dependentes.

Entretanto, para a correta especificação e apresentação do modelo final foi necessário confirmar se havia ou não de autocorreção, heteroscedasticidade e se o modelo estava ajustado nos dados em série temporal. Para essa confirmação, dois testes foram utilizados: o teste Reset Ramsey (*Regression Specification Error Test*) para a especificação do modelo e de acordo Vasconcellos e Portela (2001) sendo este o mais utilizado para se testar que a hipótese de que o modelo está corretamente especificado; e foi utilizado o teste de Dunbim-Watson para a autocorrelação, que segundo Brito, Corrar e Batistella (2007) que mede a correlação entre cada termo de erro e o termo de erro da observação anterior.

Com a despesa liquidada como variável dependente e como variáveis o PAB Fixo, e as subcontas do PAB Variável: agentes comunitários de saúde; incentivos aos agentes comunitários e saúde da família, encontrando os seguintes valores, conforme a Tabela 02:

Tabela 02 – Primeiro Modelo de regressão

I_DL	Coefficiente	[p> t]
I_ACMS	-48567,2	0,9596
I_IACS	1,80731e+06	0,1341
I_SF	-1,71863e+06	0,6515
I_PABFIXO	997704	0,7632
Constante	11515259	2440518
R ²	0,990083	(F) 0,000034

Fonte: Elaborada pela autora, e fundamentada com dados da pesquisa.

Conforme a tabela acima, observa-se não haver relação entre despesa liquidada, PAB Fixo e as subcontas do PAB Variável, sendo então este modelo excluído. Posteriormente, foi

definido o PAB Variável como variável dependente e suas subcontas agentes comunitários de saúde; incentivos aos agentes comunitários e saúde da família como variáveis, encontrando os seguintes valores:

Tabela 03 - Modelo de regressão final

l_PABVARIÁVEL	Coefficiente	[p> t]
l_IACS	0,215262	0,0011***
l_ACMS	0,06569	0,0426**
l_SF	0,2399	0,2879
Constante	8,19112	0,0224***
R^2	0,9716	(F) 57,1009***

Fonte: Elaborada pela autora, e fundamentada com dados da pesquisa.

Após os testes com as variáveis e os dados, nota-se que o novo modelo foi significativo a 1 %, sendo assim o incentivo é muito significativo, pois o aumento de 1% no mesmo ocasiona um aumento de 0,2152% no Piso da Atenção Básica Variável. Pode-se observar que o R^2 foi bom, o que significa que o modelo está bem ajustado.

Ao se realizar o teste Reset Ramsey, foi indicado que a especificação do modelo é adequada. Não ocorreu erros de heteroscedasticidade e de autocorrelação até a terceira ordem. O teste de Dunbim-Watson foi auferido o valor de 2,23, confirmando que não há autocorrelação. Após a confirmação que não há erros, foi elaborada a seguinte equação que melhor se adequa ao modelo, conforme a equação (1):

$$Y = \beta_0 + 0,21526l_{IACS} + 0,06569l_{ACS} + 0,2399l_{SF} + \varepsilon \quad (1)$$

Onde:

- Y é a variável dependente, sendo esta o Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável) que o município de Formiga recebeu;
- A variável $l_{Agente\com\saude}$ representa os valores destinados ao programa dos agentes comunitários de saúde (ACS), que são profissionais responsáveis por atuar na promoção e prevenção na saúde da comunidade, mapeando e encaminhando a população ao serviço de saúde do município ;
- A variável $l_{incentivo\acao}$, indica os valores dos incentivos adicionais ao programa dos agentes comunitários de saúde (ACS), que constituem incentivo ao

município de custeio para aquisição de materiais e a estruturação do atendimento à população;

- A variável *l_saude da familia* expressa os valores gastos com atendimento à saúde da família (SF) pelo município, sendo esta estabelecida por uma equipe multiprofissional composta por no mínimo: (I) médico geral, ou especialista em saúde da família ou médico da Família e Comunidade; (II) Enfermeiro Geral ou especialista em Saúde da família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem e (IV) os agentes comunitários de saúde.

Sendo assim, aceita-se a hipótese 1 (H_1), que diz que quanto maior for o investimento em agentes comunitários de saúde, maior será o valor do PAB Variável, pois são fundamentais para o primeiro contato da população com o SUS, sendo assim um maior investimento acarretaria em um melhor atendimento para a população e maior satisfação no uso do sistema de saúde, como afirma a Organização Pan Americana de Saúde (2011).

Também é aceita a hipótese 2 (H_2), em que quanto maior o incentivo adicional em agentes comunitários de saúde, maior será o valor do PAB Variável, o que também afirma a H_1 sobre a importância do primeiro contato da população com o SUS, conforme Oliveira (2012) em seu trabalho sobre agentes comunitários de saúde.

Já a hipótese 3 (H_3), que diz que quanto maior os valores investidos em atendimento à família, maior o valor do PAB Variável, entretanto esta hipótese não foi significativa. Poderia justificar tal resultado, por não existir significância estatística para a variável Saúde da Família na formação do PAB Variável do município de Formiga.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve por objetivo de verificar e apresentar a relação dos Pisos da Atenção Básica (PAB) Fixo e Variável e a despesa liquidada da Atenção Básica do município de Formiga-MG, e como objetivos específicos, buscou-se verificar a relação entre PAB Fixo, PAB Variável, despesa liquidada da atenção básica; e identificar o tipo de relação existente; apresentar um modelo entre as variáveis.

Para o primeiro objetivo específico, obteve-se, pela análise de correlação, que apenas agentes comunitários de saúde e incentivo aos agentes comunitários de saúde estão fortemente correlacionados com o PAB Variável, podendo afirmar que há relação entre os agentes comunitários e o PAB Variável, dando ênfase sobre o primeiro contato na Atenção Básica. Sendo assim PAB Fixo e despesa liquidada apresentaram correlações.

Já o segundo objetivo específico, foi apresentado um modelo de regressão com as variáveis que apresentaram correlação, ou seja, entre os agentes comunitários e o PAB Variável. Sendo assim, entre as três hipóteses formuladas para o modelo foram aceitas H_1 e H_2 , afirmavam esta correlação, sendo rejeitada apenas H_3 , que afirmava correlação entre PAB Variável e a saúde da família.

Desse modo, afirma-se que o objetivo do presente estudo foi então concluído. Como contribuição pode-se destacar que o primeiro contato da população com o SUS está então associada com o valor investido no PAB Variável. Este fato contribui para o tema que até então é pouco abordado, intensificando a necessidade de maior abordagem sobre o tema.

Como contribuição social, há a necessidade do melhor investimentos e melhorias na área saúde principalmente na Atenção Básica, por ser o primeiro atendimento do SUS e voltada para a promoção da saúde, necessita possuir um bom planejamento e investimento, para ser totalmente eficiente e eficaz para a população.

A limitação do estudo foram os dados, pois nem todos estavam disponíveis em todos anos, por isso o uso de apenas 9 anos, sendo impossível uma amostra de dados maior. Este fato pode ser explicado pela dificuldade do Governo de conseguir tabular dados passados.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L. **Atenção Primária e o Processo de Trabalho em Saúde**. Revista Informe-se em promoção da saúde, Rio de Janeiro, v.3, n.1,2007.

BASTOS, M.V. **O Sistema Nacional de Saúde em Debate**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, jul./set. 1977.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. **Lei complementar nº 131, de 27 de maio de 2009**. Acrescenta mecanismos à Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000, instituindo normas de finanças públicas direcionadas à responsabilidade na gestão fiscal e outras providências, com o objetivo de determinar a disponibilidade, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Brasília, DF, 27 maio 2009. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp131.htm>. Acesso em: 26 set. 2018.

_____. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe a respeito da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e lega outras providências. Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 26 set. 2018.

_____. **Lei n. 9.790, de 23 de março de 1999.** Diz respeito da qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Brasília, DF, 23 mar. 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9790.htm>. Acesso em: 25 set. 2018.

_____. **Lei n. 12.101, de 27 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nos 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória no 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Brasília, DF, 30 dez. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112101.htm>. Acesso em: 22 set. 2018.

_____. **Lei n. 13.019, de 31 de julho de 2014.** Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis nos 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. Brasília, DF, 31 jul. 2014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113019.htm>. Acesso em: 21 set. 2018.

_____. **Lei n. 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. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 26 set. 2018.

_____. **Lei n. 8.987, de 13 de fevereiro de 1995.** Dispõe sobre regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previsto no art. 175 da Constituição Federal, e dá outras providências. Brasília, DF, 30 dez. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8987cons.htm>. Acesso em: 21 set. 2018.

_____. **Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e

entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, DF, 15 maio 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm>. Acesso em: 18 set. 2018.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Organizações Sociais, 5 ed. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997. 74 p.** Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/os/caderno2.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de orientações para contratação de serviços do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacoes_contratacao_servicos_sus.pdf>. Acesso em: 18 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Informações sobre a Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica: Ministério da Saúde, 2017.** Disponível: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2510>. Acesso em: 09 nov.2018.

_____. Portal da Transparência. **Informações sobre todos os gastos do governo federal. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União, 2018.** Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/despesas>>. Acesso em: 09 nov.2018.

_____. **Portaria nº1.409, de 10 de julho de 2013.** Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1409_10_07_2013.html>. Acesso em: 09 nov.2018.

_____. **Portaria nº1.602, 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, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1602_09_07_2011.html>. Acesso em: 09 nov.2018.

_____. Ministério da Saúde. **Informações sobre os valores repassados do Piso da Atenção Fixo. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica: Ministério da Saúde, 2011.** Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1602_09_07_2011.html>. Acesso em: 22 nov.2018.

_____. Ministério da Saúde. **Informações sobre o Piso da Atenção Básica Fixo. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica: Ministério da Saúde, 2013.** Disponível:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1409_10_07_2013.html>. Acesso em :22 nov.2018.

BRITO, G.A.S.; CORRAR, L.J.; BATISTELLA, F.D. **Fatores Determinantes da Estrutura de Capital das Maiores Empresas que atuam no Brasil.** Revista Contabilidade e Finanças USP n. 43, p. 9-19, 2007.

CASTRO, J. A.; RIBEIRO, J. A. **As Políticas Sociais e a Constituição de 1988: Conquistas e Desafios.** Políticas sociais: acompanhamento e análise — vinte anos da Constituição federal. Brasília: Ipea, 2009. v. 17.

CEAP. Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Financiamento do SUS: a luta pela efetivação do direito humano à saúde.** Passo Fundo: CEAP, 2005.

DAVID, G. C.; SHIMIZU, H. E., SILVA, E. N. **Atenção Primária à Saúde nos Municípios Brasileiros: Eficiência e Disparidades.** Revista Saúde Debate/Rio De Janeiro, v. 39, N. Especial, p. 232-245, dez. 2015.

DONABEDIAN, A. **Aspects of Medical Care Administration.** Cambridge, Harvard University.1973.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS, **Dados sobre os Pisos da Atenção Básica** ,2009. Disponível em :< <https://consultafns.saude.gov.br/#/detalhada>> .Acesso em : 28 out.2018.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS, **Dados sobre os Pisos da Atenção Básica** ,2010. Disponível em :< <https://consultafns.saude.gov.br/#/detalhada>> .Acesso em : 28 out.2018.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS, **Dados sobre os Pisos da Atenção Básica** ,2011. Disponível em :< <https://consultafns.saude.gov.br/#/detalhada>> .Acesso em : 28 out.2018.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS, **Dados sobre os Pisos da Atenção Básica** ,2012. Disponível em :< <https://consultafns.saude.gov.br/#/detalhada>> .Acesso em : 28 out.2018.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS, **Dados sobre os Pisos da Atenção Básica** ,2013. Disponível em :< <https://consultafns.saude.gov.br/#/detalhada>> .Acesso em : 28 out.2018.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS, **Dados sobre os Pisos da Atenção Básica**, 2014. Disponível em :< <https://consultafns.saude.gov.br/#/detalhada>> .Acesso em : 28 out.2018.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS, **Dados sobre os Pisos da Atenção Básica**, 2015. Disponível em :< <https://consultafns.saude.gov.br/#/detalhada>> .Acesso em : 28 out.2018.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS, **Dados sobre os Pisos da Atenção Básica**, 2016. Disponível em :< <https://consultafns.saude.gov.br/#/detalhada>> .Acesso em : 28 out.2018.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS, **Dados sobre os Pisos da Atenção Básica**, 2017. Disponível em :< <https://consultafns.saude.gov.br/#/detalhada>> .Acesso em : 28 out.2018.

HAIR, J. F.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L.; BLACK, W. C. **Análise Multivariada de Dados**. A. S. Sant’Anna & A. C. Neto (Trad.). Porto Alegre: Bookman,2005.

LAVRAS, C. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil**. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, out./dez. 2011.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de Marketing: foco na decisão**. 3º Ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2011.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de Marketing: edição compactada**. 4º ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Escola de Saúde Pública do Ceará; Fortaleza-Ceará, 2002.

MORETTIN, P.A.; TOLOI, C.M.C. **Previsão de Séries Temporais**. 2ª. ed. São Paulo: Atual Editora, 1985.

_____. **A APS no Brasil. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p. 71-137

MUKAKA, M. M. **A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research**. *Malawi Medical Journal*, v. 24, n. 3, p. 69-71, 2012

OLIVEIRA, M.M.C. **Presença e Extensão dos Atributos da Atenção Primária à Saúde entre os Serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma Análise Agregada.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2007. Disponível em :< <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/12649>> . Acesso em: 28 set.2018.

OLIVEIRA; J.J.G. **Agentes Comunitários de Saúde: Fatores Restritivos e Facilitadores do seu Trabalho na Estratégia de Saúde da Família.** Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate.** Brasília: OPAS, 2011.

OSORIO, R.G.; SERVO, L.M.S.; PIOLA, S.F. **Necessidade de Saúde Insatisfeita no Brasil: uma Investigação sobre a não Procura de Atendimento.** Ciência & Saúde Coletiva ,2011.

PAIM, J.S. **Uma Análise sobre o Processo da Reforma Sanitária Brasileira.** Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.33, n.81, jan./abr.2009, p.27-37.

_____. **Atenção primária à saúde: uma receita para todas as estações?** Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, jul./set. 2012. p. 343-347.

PEPE, V.L.E *et al.* **Caracterização de Demandas Judiciais de Fornecimento de Medicamentos “Essenciais “no Estado do Rio de Janeiro, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v.6, n.3, p-461-471,2010.

RAUPP, F. M.; BEUREN, I.M. **Como Elaborar Trabalhos Monográficos em Contabilidade: Teoria e Prática.** São Paulo: Atlas, 2003. p. 76-97.

SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. **Necessidades, Demanda e Oferta: Algumas Contribuições sobre os Sentidos, Significados e Valores na Construção da Integralidade na Reforma do Setor Saúde.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 234-242, set./dez. 2003.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE-SIOPS. **Dados sobre a despesa liquidada e financiamento da saúde** ,2009.Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/demonstrativos-dados-informados>> .Acesso em : 29 out.2018

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE-SIOPS. **Dados sobre a despesa liquidada e financiamento da saúde** ,2010.Disponível em: <

<http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/demonstrativos-dados-informados>>
.Acesso em : 29 out.2018.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE-SIOPS.
Dados sobre a despesa liquidada e financiamento da saúde ,2011.Disponível em: <
<http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/demonstrativos-dados-informados>>
.Acesso em : 29 out.2018.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE-SIOPS.
Dados sobre a despesa liquidada e financiamento da saúde ,2012.Disponível em: <
<http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/demonstrativos-dados-informados>>
.Acesso em : 29 out.2018.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE-SIOPS.
Dados sobre a despesa liquidada e financiamento da saúde ,2013.Disponível em: <
<http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/demonstrativos-dados-informados>>
.Acesso em : 29 out.2018.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE-SIOPS.
Dados sobre a despesa liquidada e financiamento da saúde ,2014.Disponível em: <
<http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/demonstrativos-dados-informados>>
.Acesso em : 29 out.2018.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE-SIOPS.
Dados sobre a despesa liquidada e financiamento da saúde ,2015.Disponível em: <
<http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/demonstrativos-dados-informados>>
.Acesso em : 29 out.2018.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE-SIOPS.
Dados sobre a despesa liquidada e financiamento da saúde ,2016.Disponível em: <
<http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/demonstrativos-dados-informados>>
.Acesso em : 29 out.2018.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE-SIOPS.
Dados sobre a despesa liquidada e financiamento da saúde ,2017.Disponível em: <
<http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/demonstrativos-dados-informados>>
.Acesso em : 29 out.2018.

SOUZA, G.A; COSTA, I.C.C. **O SUS nos seus 20 Anos: Reflexões num Contexto de Mudanças.** Saúde e Sociedade, v.9, n.3, p.509-517, 2010.Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19vn3/04.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2018.

SOUZA, R.R. **O Sistema Único de Saúde Brasileiro em Dez Anos de Desafios**. O sistema único de saúde brasileiro, São Paulo, p.441-469,2002.

SHIMAZAKI, M. E. **A Atenção Primária à Saúde. In: MINAS GERAIS**. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 2 e 3. 1- Análise da atenção primária à saúde. Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG; 2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia**. UNESCO, Ministério da Saúde, p.726, 2002. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609 Acesso em: 28 set.2018.

VASCONCELLOS, M.T.L.; PORTELA, M.C. **Índice de Massa Corporal e sua relação com Variáveis Nutricionais e Sócio-econômicas: um Exemplo de uso de Regressão Linear para um Grupo de Adultos Brasileiros**. Caderno de Saúde Pública,2001.