



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE COM  
ÊNFASE EM: GESTÃO

**GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA NA PERSPECTIVA DA  
SUSTENTABILIDADE DE UM MODELO UNIVERSAL**

**ORIENTADOR**  
Otávio Pereira D´Avila  
**PESQUISADORA**  
Suiani Soares Silva

Porto Alegre  
2015

SUIANI SOARES SILVA

**GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA NA PERSPECTIVA DA  
SUSTENTABILIDADE DE UM MODELO UNIVERSAL**

Monografia apresentada como parte dos requisitos para a elaboração do título de Especialista em Atenção Especializada em Saúde com Ênfase em: Gestão.

Porto Alegre

2015

### CIP - Catalogação na Publicação

Silva, Suiani Soares

Gerenciamento de serviços de Atenção Básica na perspectiva da sustentabilidade de um modelo universal / Suiani Soares Silva. -- 2015.  
66 f.

Orientador: Otávio Pereira D'Ávila.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Especialização em Atenção Especializada em Saúde com Ênfase em: Gestão, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Atenção Básica em Saúde. 2. Financiamento da Atenção Básica. 3. Avaliação Serviços de Saúde. 4. Saúde Pública. I. D'Ávila, Otávio Pereira, orient.  
II. Título.

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo geral, através da revisão da literatura nacional tratar os aspectos conceituais sobre os custos das Unidades de Saúde da Atenção Básica no período de 2010 a 2014. Para tanto utilizou-se uma pesquisa do tipo revisão de literatura, nas bases de dados indexados: SciELO e LILACS que estão inseridas na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme). Após a leitura dos resumos, buscando responder ao objetivo, selecionou-se 33 artigos que tratavam do tema. Em um primeiro momento, os autores revelam que embora o financiamento federal tenha aumentado cerca de quatro vezes desde o início da última década, a porcentagem do orçamento federal destinada ao setor de saúde não cresceu, levando a restrições de financiamento, infraestrutura e recursos humanos. Outros desafios surgem por conta de transformações nas características demográficas e epidemiológicas da população brasileira, o que obriga a transição de um modelo de atenção centrado nas doenças agudas para um modelo baseado na promoção intersectorial da saúde e na integração dos serviços de saúde. Com base nas publicações, salienta-se que as questões aqui abordadas não esgotam as inúmeras possibilidades de análise que suscitam o presente estudo, da qual foram sendo recortados apenas alguns aspectos. É importante que os gestores públicos, principalmente, no âmbito municipal, vêm convivendo com novas responsabilidades que vão além da necessidade de manter o equilíbrio financeiro. É preciso desenvolver ações, como a prática de uma política de educação permanente da gestão, que visem melhores resultados na aplicação dos recursos existentes, para que desta forma, possam suprir as novas e crescentes demandas nas ações e serviços públicos de saúde. Os autores também destacam que a utilização de indicadores de saúde vem sendo bastante discutida no Brasil, principalmente após o processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro. Tais indicadores são produzidos de várias formas e níveis, servindo como um reflexo da situação geral e local. Entretanto, existe muita controvérsia sobre a qualidade destas informações, principalmente no que se refere à fidedignidade dos dados.

**Descritores:** Atenção Básica; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

This study has the general objective, through the revision of national literature dealing with the conceptual aspects of the costs of the Basic Attention Health Units in the period 2010 to 2014. For this purpose we used a research type literature dealing, on the basis of indexed data: SciELO and LILACS that are inserted in the Virtual Health Library platform (Bireme). After reading the abstracts, seeking to respond to the goal, we selected 33 articles that dealt with this matter. At first, the authors reveal that while federal funding has increased about four times since the beginning of the last decade, the percentage of the federal budget allocated to the health sector did not grow, leading to funding constraints, infrastructure and human resources. Other challenges arise because of changes in the demographic and epidemiological characteristics of the population, which requires the transition from one centered care model in acute diseases for a model based on intersectoral health promotion and integration of health services. Based on the literature, it is noted that the issues addressed here do not exhaust the numerous possibilities of analysis that raise the present study, which were being cut just a few aspects. It is important that public officials, especially at the municipal level, have been living with new responsibilities that go beyond the need to maintain the financial balance. It needs to develop actions such as the practice of a permanent education policy management, aimed at better results in the application of existing resources, so that in this way, can meet the new and growing demands in the actions and public health services. The authors also point out that the use of health indicators has been widely discussed in Brasil, especially after the decentralization process of the Brazilian health system. These indicators are produced in various forms and levels, serving as a reflection of the general situation and location. However, there is much controversy about the quality of this information, particularly with regard to the reliability of the data.

**Descriptors:** Primary Care; Primary Health Care.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>7</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>8</b>
<b>3.1 Atenção Básica em Saúde/Atenção Primária .....</b>	<b>8</b>
<b>3.2 Financiamento da Atenção Básica .....</b>	<b>16</b>
<i>3.2.1 Custos da Atenção Básica .....</i>	<i>18</i>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
<b>4.1 Caracterização da Pesquisa .....</b>	<b>20</b>
<b>4.2 Delimitação da Pesquisa.....</b>	<b>20</b>
<b>4.3 Técnicas e Instrumento de Coleta de Dados .....</b>	<b>22</b>
<b>4.4 Técnica de Análise de Dados .....</b>	<b>22</b>
<b>4.5 Considerações Éticas .....</b>	<b>23</b>
<b>5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>5.1 Sustentabilidade econômico-financeira das Unidades Básicas de Saúde .....</b>	<b>43</b>
<b>5.2 Atenção Básica e a gestão como fator de qualidade .....</b>	<b>47</b>
<b>5.3 A utilização da Atenção Primária sob a perspectiva de seu financiamento.....</b>	<b>53</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICE A – FASE EXPLORATÓRIA – CARACTERÍSTICA DAS PUBLICAÇÕES .....</b>	<b>65</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na versão aprovada a partir da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, redefine os princípios gerais, as responsabilidades de cada esfera de governo, a infra-estrutura e os recursos necessários, as características do processo de trabalho, as atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da Estratégia Saúde da Família (ESF). Com a PNAB, o desenho do financiamento federal para a Atenção Básica combina equidade e qualidade, beneficiando os municípios mais pobres e menores por meio da diferenciação do valor per capita do PAB fixo. A PNAB induz a mudança do modelo de atenção à saúde via ESF, ao criar incentivos financeiros para os municípios que aderirem e atingirem melhora do padrão de qualidade no atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Entende-se que a alocação adequada dos recursos financeiros proporciona uma satisfação das demandas e das necessidades da coletividade no âmbito do SUS, onde o gestor atua como equalizador para que o serviço apresente um baixo custo com um alto índice de quantidade e qualidade. Também analisa as informações coletadas para subsidiar o planejamento das ações a serem desenvolvidas. Contribui, assim, com uma progressiva melhoria no atendimento ao usuário final (SCARPARO; FERRAZ, 2008).

Segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB), em parceria entre o Ministério da Saúde e o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), foi lançada uma pesquisa que integra o projeto *Necessidade de financiamento da atenção básica* (VIEIRA; SERVO, 2013). Essa pesquisa teve por objetivo estimar a quantidade de recursos adicionais necessários para implantação da atenção básica conforme preconizado na PNAB e indicado na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). A investigação decorreu do fato que não é possível conhecer precisamente o gasto das três esferas do Governo com a Atenção

Básica no país, e principalmente, porque o gasto não indica o custo para que as ações e serviços sejam disponibilizados aos usuários do SUS.

É a diferença entre gasto e custo (ideal) que apontará a necessidade de investimentos e financiamento da AB, a ser obtida a partir do conhecimento da situação da infraestrutura de atendimento nos municípios e da medição de custos para esses diversos cenários. Nesse contexto, o presente estudo tem como eixo norteador conhecer o parecer dos pesquisadores sobre os custos das Unidades de Saúde da Atenção Básica contemplando os diferentes cenários existentes no Brasil.

Neste cenário, a pergunta de pesquisa é: qual é a importância do planejamento dos custos no contexto da atenção básica?

Por estes motivos, a realização da presente pesquisa justifica-se na medida em que visa contribuir para a conscientização dos profissionais em saúde sobre a relevância de sua participação no gerenciamento de custos dos serviços de saúde e de sua aplicação no exercício cotidiano de sua profissão, sendo benéfico tanto para o desenvolvimento do potencial deste profissional quanto para a otimização do processo gerencial da atenção primária.



## **2 OBJETIVOS**

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo geral, através da revisão da literatura nacional tratar os aspectos conceituais sobre os custos das Unidades de Saúde da Atenção Básica no período de 2010 a 2014.

Para tanto delineou-se como objetivos específicos:

1. realizar uma revisão da literatura nacional publicada no período de 2010 a 2014;
2. caracterizar a importância do planejamento dos custos na Atenção Básica de Saúde;
3. identificar a contribuição para a melhoria na assistência na atenção primária através do planejamento dos custos.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

Neste capítulo é esclarecido através dos conceitos disponíveis na literatura, o embasamento teórico que servirá de suporte para o desenvolvimento desta pesquisa.

#### **3.1 Atenção Básica em Saúde/ Atenção Primária**

Resgatar a trajetória histórica e política da saúde nas últimas cinco décadas no Brasil é importante, porque possibilita identificar a ênfase dadas nas ações, como também as estratégicas adotadas na reforma sanitária.

Theisen (2004) comenta que ao pesquisar documentos do Ministério da Saúde, verificou que a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) coordenaram a Reunião de Alma Ata em 1978 na antiga União Soviética, denominada “Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde“, apontando que o momento exigia soluções rápidas e consistentes para enfrentar a crise de saúde que estava afetando as populações pobres de todo o mundo, principalmente dos países do Terceiro Mundo. Nesta Conferência foi estabelecida uma meta “Saúde Para Todos no Ano 2000“, sendo que, esta deveria ser alcançada pelos governos por meio da atenção primária à saúde e da participação comunitária. Em linhas gerais, as organizações internacionais demonstraram preocupação e recomendavam que os governos direcionassem suas políticas de saúde para ações cujas metas seriam as populações sem cobertura dos serviços de saúde, através de ações simplificadas de pouca incorporação tecnológica, mas com grande resolutividade dos problemas de saúde, provenientes da condição de vida de cada país.

Segundo a autora, o fato das organizações internacionais ligadas às Nações Unidas como a Organização Mundial de Saúde (OMS); Organização Pan Americana de Saúde (OPS); a UNICEF, terem percebido a necessidade de se criar estratégias de intervenções no sistema

de saúde dos países, considerados por eles subdesenvolvidos, que não tinham um Programa de Saúde Coletiva para atender a sua população (urbana e rural), carente de atenção médica, não conseguiu neste período fazer com que tais países se mobilizassem. Sendo assim, observa-se de um lado que “todas as boas intenções e apelos encontram o eco esperado, porque a realidade social teima em reproduzir-se conflituosamente, injusta, excludente”. Neste sentido, pode-se afirmar que a incorporação do discurso da atenção primária pelas organizações internacionais, transformou a Reunião de Alma Ata num evento paradigmático (THEISEN, 2004, p. 36).

Por outro lado, este evento serviu de referência para o Ministério de Saúde de alguns países, orientando as políticas e/ou os sistemas de saúde na direção de buscar inspiração na experiência da Medicina Comunitária, como instrumento para preencher a ausência de atenção à saúde ou como uma nova prática que não era oferecida pelo mercado. Esta experiência sugere a participação da comunidade, a utilização de tecnologias simplificadas nos cuidados básicos de saúde à população, oferecendo serviços a baixo custo para ampliar os atendimentos ao maior número possível de pessoas e comunidades.

Nos anos de 1970, coincidindo com a emergência na cena internacional da proposta de atenção primária em saúde, surgiu no Brasil o programa de medicina, sendo que essas experiências desaguaram num programa de medicina simplificada. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS), iniciado no nordeste, não alcançou abrangência nacional.

Segundo Ceccim e Bilibio (2002) em 1978, uma grande virada parece se armar contra a medicalização. Em lugar da assistência médica como estratégia de atenção à saúde, começa a vigorar um novo discurso, novo conceito: a Atenção Primária de Saúde. Para renovar a assistência médica é proposto o estabelecimento da maior proximidade com as famílias e comunidades locais na prática de atendimento a saúde e a doença e o respeito à cultura. A

atenção primária de saúde, conhecida como medicina simplificada, mantém sua fixação nos princípios e valores médico-científicos, isto é na mesma racionalidade médica.

Este novo arranjo de atendimento e cuidado à saúde, ainda continuou seguindo os modelos da assistência tradicional (curativa), pois ampliaram e direcionaram atenção às populações de baixa renda, passando a incluir a dimensão familiar e comunitária no atendimento. Esta atenção primária de saúde adotada, não foi suficiente para realizar a desmedicalização, mas por outro lado, a atenção de saúde voltada às áreas rurais e de periferia urbana, serviu para prestar assistência de saúde às populações desassistidas. Esta nova forma de atendimento passou a ocorrer através da inclusão de profissionais não-médicos na assistência sanitária para alcançar o barateamento da assistência tradicional, ampliando o reconhecimento do direito da população a uma atenção integral.

O reconhecimento da crise desse modelo, no âmbito da saúde coletiva, vem suscitando a emergência de propostas que visam à transformação do sistema de atenção em saúde, de suas práticas e, em articulação com estas, do processo de trabalho em saúde. Paralelo a esta nova perspectiva de atenção à saúde (assistência voltada para as populações carentes e incorporação da comunidade nesta área), surgem outros aspectos no campo governamental e administrativo, que precisam ser revistos e modificados, pois as diretrizes estabelecidas neste contexto exigiam também outras medidas, ou seja:

Em face do quadro sanitário insatisfatório nos países subdesenvolvidos, seus governos são interpelados para que agilizem a construção de sistemas de saúde, descentalizem o poder decisório, invertam as prioridades estimuladas pelo mercado, voltando-se para o social, ajam intersetorialmente utilizando o planejamento integrado, massifiquem as ações básicas, utilizando o quanto possível o auxílio da população, sobretudo com relação às medidas coletivas/preventivas de saúde (FERREIRA apud THEISEN, 2004, p. 20).

No Brasil o processo de implantação de um programa de saúde pública e/ou sistema que proporcionasse cobertura às ações em saúde, também sofreram influência e pressão dos órgãos internacionais, até porque, o Brasil é visto pelas entidades internacionais como um dos países do Terceiro Mundo, onde um grande continente da população está à margem de uma

assistência adequada à saúde. No entanto, é importante mencionar que antes da Conferência de Alma Ata, já haviam sido desenvolvidos no Brasil, algumas ações voltadas para a saúde das populações carentes e desassistidas em termos de políticas públicas. Porém, esta proposta começa se concretizar e a população passa a receber maior atenção, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS/86), quando a reforma sanitária se intensifica e a Constituição Nacional de 1988, institui a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (FERREIRA apud THEISEN, 2004).

Segundo Theisen (2004), a partir da 8.ª Conferência Nacional de Saúde (1986), do processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde ganha maior espaço no âmbito político/governamental e nas arenas decisória. Através destes dispositivos legais, a saúde passa a ter destaque e a ser olhada como um aspecto importante na conjuntura administrativa pelo poder público, inclusive porque de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal o Estado (nos três níveis: federal, estadual e municipal) fica responsável pelas políticas de saúde.

Desta forma, o Sistema Único de Saúde (SUS) surge como instrumento para promover o acesso universal e igualitário à população brasileira, conforme indicado no artigo 198 da Constituição Federal, no qual afirma que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada, constituindo assim, um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

1. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
2. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
3. participação da comunidade.

De acordo com Cunha e Cunha (2001), a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, significou um marco na Reforma Sanitária Brasileira ao formular propostas

de mudanças no setor saúde. A Constituição Federal de 1988, ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS), reconheceu a saúde como direito de todos, assegurado pelo dever do Estado baseando-se nos princípios da universalidade (acesso aos serviços garantido a todas as pessoas); equidade (tratar desigualmente os desiguais); integralidade (atender a todas as necessidades do indivíduo, entendendo-o como um todo) e organizado pela descentralização (cada esfera de governo dotada de condições de gerência técnica, administrativa e financeira), hierarquização (serviços organizados em níveis crescentes de complexidade) e controle social (participação popular). As Leis nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90 regulamentaram o SUS após sua criação, definindo atribuições de cada nível governamental, estabelecendo responsabilidades nas áreas de vigilância epidemiológica e sanitária.

A criação do SUS deu sequência ao processo de descentralização iniciado pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) e pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com transferência da responsabilidade pública da assistência à saúde para o âmbito municipal. Com a Constituição de 1988, separou-se definitivamente a saúde da previdência, com a Previdência Social perdendo atribuições no atendimento médico-hospitalar.

Para Costa (2002), o direito universal à saúde, definida na Constituição pela inclusão do SUS, representou a vitória das aprovações na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986.

Segundo Theisen (2004) a partir destas três diretrizes – descentralização, atendimento integral e participação da comunidade – e dos princípios – universalidade, equidade e integralidade – que constam nas Leis 8.080 e 8.142 do SUS publicadas em 1990, começou-se a direcionar todas as políticas e ações que tratavam de saúde. De acordo com estas diretrizes e princípios, o objetivo do SUS é fazer com que a população brasileira possa contar com: amplo acesso aos serviços de saúde, sempre que haja necessidade de atendimento; atendimento a todas as suas necessidades de saúde, desde uma orientação sobre como prevenir uma doença

até o exame mais complexo; assistência de acordo com a gravidade da doença que essas pessoas apresentam.

Campos (2003) afirma que a motivação básica para a criação do SUS foi atender às necessidades e anseios da população. O SUS herdou, além das dificuldades nas leis da época que priorizavam a atenção previdenciária, a organização e interesses financeiros incompatíveis com o interesse público, somada a uma prática médica fragmentada e fora da realidade da população. Porém, alguns progressos podem ser numerados, como a expansão dos estabelecimentos sanitários (centros e postos de saúde), tanto em número quanto em prestação de serviços básicos, configurando-se ganhos advindos da descentralização e municipalização do sistema de saúde.

Essa desigualdade pode ser definida como pobreza, que segundo Marsiglia, Silveira e Carneiro Júnior (2005, p. 71), “o conceito de pobreza é um conceito absoluto, já que abrange aqueles que não obtêm o rendimento mínimo estipulado oficialmente para atendimento de suas necessidades”.

Já a desigualdade, segundo Minayo (2001, p. 71), “refere-se às distâncias relativas entre os estratos da população na apropriação de bens econômicos, políticos e culturais no interior de cada país e entre países”.

Porém, cabe destacar que a desigualdade é mais do que isso. Ela é também a expressão de uma cultura altamente discriminatória, na qual se faz questão de tratar de forma diferenciada pessoas, instituições, regiões, privilegiando uns em detrimento de outros. Nesse cenário, as políticas públicas – as quais, segundo Alencar (2006, p. 47), podem ser definidas como: “o espaço de tomada de decisão autorizada ou sancionada por intermédio de atores governamentais, compreendendo atos que viabilizam agendas de inovação em políticas que respondem a demandas de grupos de interesses” – surgem como a forma encontrada pelo

Estado para se legitimar como o único ator que, contraditoriamente, gera e controla o conflito ocasionado pela seletividade política e social.

Já a questão da focalização é um tema relevante, porque a implantação de programas voltados para promover serviços básicos de saúde às populações pobres e marginalizadas, reforça a desigualdade e a injustiça social, mascarando a assistência em saúde. Ou seja, o que era para ser um direito passa a ser uma assistência superficial e sem compromissos com o todo, pois apenas prioriza-se áreas de risco com cestas básicas de saúde.

Segundo Senna (2002), a implantação de programas direcionados às áreas de riscos ocorre porque sua emergência se deu num contexto de crise e racionalização dos gastos em saúde e/ou ainda devido à priorização das ações de prevenção e promoção da saúde, nas quais se busca uma simplificação da atenção à saúde, um sistema pobre para os pobres.

Para Alencar (2006), o avanço do processo de municipalização e o aumento da visibilidade dos secretários municipais na arena decisória, assim como com a influência de modelos anteriores de assistência à família (no Canadá, Cuba, na Suécia e na Inglaterra) e o sucesso da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em diversas regiões do país contribuíram de maneira significativa para sua formulação, em 1994, pelo Ministério da Saúde.

Esse novo modelo de assistência pública à saúde definiu o princípio do universalismo para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, com definição de porta de entrada. Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos (VIANA; POZ, 2005).

De acordo com Viana e Poz (2005), três características definem o novo modelo: a criação de um sistema nacional de saúde; a proposta de descentralização (o gestor do sistema será o executivo municipal); e a criação de novas formas de gestão, que incluem a



participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários). Assim, torna-se importante que os profissionais que atuam na Atenção Primária busquem ter uma visão ampliada do processo saúde-doença, a fim de considerar os usuários e a subjetividade existente em cada usuário que procura a Unidade de Saúde.

Em contrapartida, o acesso, para Abreu de Jesus e Assis (2010), deve ir além desta noção de porta de entrada numa perspectiva mais ampliada de se configurar um dispositivo que permita a transformação da realidade, pois o acesso universal aos usuários preconizados pelo SUS só se concretiza a partir da consciência de cidadania que deve ser incorporada nos usuários para conquistá-lo como direito social.

Nessa perspectiva, o usuário, a cada momento que tiver a necessidade de procurar a unidade de saúde, seja por novo evento de saúde seja por um novo episódio de um mesmo evento, esta unidade deve ser de fácil acesso.

Desse modo, o acesso pressupõe que o usuário ao adentrar a unidade de saúde possa encontrar dispositivos para que se sinta acolhido, seja tratado com respeito e atenção, com o compromisso de resolução do que o motivou a procurá-la.

Para Franco e Merhy (2007), os usuários que são referenciados a outros serviços nem sempre têm garantido o retorno de quem o atendeu pela primeira vez, o que prejudica o estabelecimento de vínculo e responsabilização entre usuários e profissionais de saúde.

De acordo com Peduzzi (2010), há de se perceber que a interação entre os profissionais de saúde e estes aspectos que agem na realização de seu trabalho, não acontece de forma linear, mas apresenta-se com contradições inerentes ao próprio homem, que para interagir utiliza-se de conhecimentos, saberes e práticas que lhe proporcionarão condições para atuar de maneira mais embasada no desenvolvimento de seu processo de trabalho.

Contudo, a dinamicidade do trabalho em equipe pode, em sua plasticidade, configurar equipes de trabalho integradas ou equipes que expressam o mero agrupamento de profissionais. Ou seja, não basta os profissionais compartilharem a mesma situação de trabalho, nem estabelecerem relações pessoais cordiais para se alcançar a integração dos trabalhos especializados (PEDUZZI, 2010).

Segundo Ministério da Saúde (2012, p. 9):

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A PNAB atualizou conceitos e introduziu elementos que reconhecem que a Atenção Básica se articula com os outros serviços de saúde na forma de redes de atenção à saúde. Para tanto, deve ter o papel de ordenadora nesta rede, coordenadora do cuidado do usuário.

### **3.2 Financiamento da Atenção Básica**

O financiamento da atenção básica deve ser tripartite, conforme determina a Constituição Federal de 1988, a qual estabelece as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde.

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o art. 198 da Constituição Federal, trata em seus artigos 5º (União), 6º (Estados e Distrito Federal), 7º (Municípios e Distrito Federal) e 8º (Distrito Federal), das bases de cálculo e aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde, descritas a seguir:

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso

I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

Art. 8º O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal (BRASIL, 2012).

Com a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, foram regulamentados o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. O bloco da Atenção Básica ficou constituído por dois componentes: I- Componente Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo); e II - Componente Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável).

O Componente PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios (Redação dada pela Portaria nº 2.299/GM/MS, de 29 de setembro de 2011).

O Componente PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como: Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Saúde Bucal; Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; Serviço de Atenção Domiciliar (Incluído pela Portaria nº 1814/GM/MS, de 26 de agosto de 2013), e outros que venham a ser definidos por ato normativo específico.

Os recursos do Componente PAB Variável são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde (BRASIL, 2007).

### *3.2.1 Custos da Atenção Básica*

A revisão da literatura sobre os estudos de custo em atenção básica indica que a abrangência nacional dos estudos é limitada. Além disso, há defasagem dos estudos, principalmente o estudo nacional (FGV, 2001).

Apesar da dispersão nos resultados que a literatura apresenta, o percentual de participação do item de recursos humanos em todos os trabalhos revisados é de pelo menos 50% do custo da atenção básica.

Segundo Castro e Marinho (2007), dentre os custos da atenção básica em Porto Alegre, aqueles com Pessoal são os maiores.

Conforme descrito no Manual Técnico de Custos (MS, 2006), a palavra custeio pode ser definida como “metodologia de apuração de custos”.

Os sistemas de custeio são importantes porque viabilizam a realização de estudos de custos ou avaliações, pois organizam as informações econômicas (CASTRO, 2002). Os principais métodos utilizados são: Custeio por absorção e Custeio por atividades (ABC).

Para Castro e Marinho (2007, p.95), ”o sistema de custeio por absorção é considerado um sistema de custeio integral, pois ele apropria todos os custos incorridos para a produção de um bem ou serviço, ou seja, considera os custos diretos, indiretos, fixos e variáveis”.

Vieira e Servo (2013, p.4) ressaltam que o custeio por absorção exige a setorialização em centros de custos e critérios de rateio para a divisão do custo dos centros de custos administrativo e apoio para os centros de custo produtivos.

Este sistema de apropriação de custos por absorção continua sendo muito utilizado e pode trazer grandes vantagens para as instituições, principalmente para aquelas que o custo indireto não é preponderante, pois os rateios dos custos indiretos podem implicar em avaliação incorreta dos custos finais, vez que seus feitos de forma arbitrária (CASTRO, 2002).

Segundo Castro (2002), o sistema de Custeio por Atividade surgiu a partir da constatação da inadequação dos sistemas tradicionais para avaliar os custos das empresas, na atual forma de organização do processo de produção, em que os custos indiretos da produção tornam-se cada vez mais relevantes.

O Manual Técnico de Custos (MS, 2006, p.17) refere que o sistema de custeio por atividade ou ABC (Activity Based Costing) permite melhor visualização dos custos por meio da análise das atividades executadas dentro da instituição e suas respectivas relações com os objetos de custos. O princípio básico deste sistema é tornar direto o maior número possível de custos proporcionais e não-proporcionais, por meio de direcionadores de custos. É um sistema de custeio ainda muito novo e pouco testado, principalmente no Brasil. O custeio ABC é adequado para organizações complexas, em que os produtos consomem os recursos de forma muito heterogênea.

## **4 METODOLOGIA**

A seguir são apresentados os procedimentos metodológicos que foram utilizados neste estudo.

### **4.1 Caracterização da Pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa do tipo revisão de literatura. Para Gil (2010), a pesquisa bibliográfica é elaborada com embasamento de material já publicado. Este tipo de pesquisa abrange material impresso, como revistas, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos..

Esta metodologia foi escolhida por proporcionar condições de esclarecer e de evidenciar a produção científica construída a partir do tema proposto.

### **4.2 Delimitação da Pesquisa**

Esta pesquisa foi realizada nas bases de dados indexados: SciELO e LILACS que estão inseridas na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme).

De acordo com a Biblioteca Virtual em Saúde as características das bases de dados selecionados são:

Scientific Electronic Library Online (SciELO): é um projeto consolidado de publicação eletrônica de periódicos científicos de acordo com o modelo de Open Access – que disponibiliza de modo gratuito na Internet os textos completos dos artigos de mais de 290 revistas científicas. Esses artigos são produzidos no Brasil, no Chile, em Cuba, na Espanha, na Venezuela entre outros países da América Latina. Além disto, a Scielo também publica relatórios e indicadores de uso e impacto das revistas. Com isso o SciELO é um produto de cooperação entre a FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) e

BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde). É um modelo para a publicação eletrônica cooperativa de periódicos científicos na Internet, desenvolvido para responder as necessidades da comunicação científica nos países em desenvolvimento e particularmente na América Latina e Caribe.

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS): o LILACS criado há 27 anos na intenção de contribuir para o aumento da visibilidade, acesso e qualidade da informação em saúde da região é uma base de dados cooperativa da Rede BVS – nela estão artigos científicos relativos à área das ciências da saúde. Que são publicados nos países da América Latina e Caribe, a partir do ano de 1982.

Nesta pesquisa, foram utilizados como fontes de dados a literatura científica e artigos de periódicos brasileiros publicados nos últimos 05 anos de 2010 a 2014.

Neste estudo, incluem-se os artigos científicos que apresentaram resumo estruturado, dentro do período de máximo de cinco anos, e estavam disponíveis gratuitamente na íntegra.

Foram excluídos deste estudo teses, dissertações e revisões.

Optou-se por introduzir descritores que se encontram disponíveis nos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) conforme possível relação com o tema.

Abaixo são apresentados os descritores utilizados e suas definições, com base na nomenclatura proposta pela BVS para permitir o uso de uma terminologia comum para pesquisa em diferentes idiomas, proporcionando um meio consistente e único para recuperação da informação científica em saúde (BVS, 2015, p. 01). Os descritores selecionados foram:

- Atenção Básica;
- Atenção Primária à Saúde.

### **4.3 Técnicas e Instrumento de Coleta de Dados**

A coleta dos dados foi realizada nos meses de abril e maio de 2015. Realizou-se as pesquisas dos artigos, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde com base nos descritores propostos.

De cada base de dados, foi extraída uma lista com identificação e resumo dos artigos indexados com os descritores selecionados. A leitura dos resumos foi realizada, e quando necessário os artigos foram lidos na íntegra a fim de verificar se respondem à questão norteadora. Os artigos que responderem à pergunta norteadora foram salvos e numerados em ordem crescente por ano de publicação. No instrumento (Apêndice A), foram registrados: título, resumo, ano e referência bibliográfica.

### **4.4 Técnica de Análise de Dados**

De acordo com Whittemore e Knalf (2005), esta etapa envolve cinco passos que compreendem: a formulação do problema; a recuperação das referências e leitura do material para identificar as informações relevantes ao tema; o estabelecimento de relações entre as informações e os dados obtidos no problema proposto; a análise da consistência das informações e dados apresentados pelos autores e a interpretação dos resultados evidenciados.

Foi realizada uma leitura exploratória, assim como uma análise do material com objetivo de identificar quais artigos respondem a questão norteadora desta pesquisa. Após efetuada a leitura seletiva do material para sinalizar o que de fato interessa a pesquisa e por fim uma leitura analítica a partir dos textos pesquisados e selecionados, de onde foram extraídas três categorias: Sustentabilidade econômico-financeira das Unidades Básicas de Saúde; Atenção Básica e a gestão como fator de qualidade; A utilização da Atenção Primária sob a perspectiva de seu financiamento.



#### **4.5 Considerações Éticas**

Os aspectos éticos foram respeitados na medida em que todos os autores das obras utilizadas na pesquisa forem devidamente referenciados ao longo do trabalho, mantendo a idéia original dos autores que constituirão a amostra deste estudo, conforme recomendado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Os direitos autorais foram preservados de acordo com a CNS N°. 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

## 5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO

Apresenta-se a quantificação dos resultados obtidos com os descritores já caracterizados e associações de descritores (filtragens) visando à identificação de artigos que respondessem aos objetivos propostos para a revisão de literatura.

Em um primeiro momento, ao inserir o descritor Atenção Básica, obteve-se 36.658, em relação ao descritor Atenção Primária em Saúde 36.245 artigos, após utilizar os critérios de inclusão, restaram 210 artigos Atenção Básica e 189 pesquisas. Porém, após a análise dos resumos, o quadro 1 demonstra o número de artigos utilizados para este trabalho.

<b>Descritor</b>	<b>Base de dados/Quantificação</b>
Atenção Básica	Lilacs = 7 SciELO = 8
Atenção Primária em Saúde	Lilacs = 10 SciELO = 8

Quadro 1: Distribuição artigos conforme o respectivo descritor e base de dados.  
Fonte: Coleta de dados, 2015.

Cabe destacar, que em sua maioria, os artigos repetiam-se em ambas base de dados, outro aspecto, que a maioria tratava de atendimentos por eventos específicos de saúde, como por exemplo: vacinação em grupos indígenas; inserção dos negros no atendimento; câncer de útero, direitos a acesso ao SUS; saúde do homem; atendimento da ESF a comunidade e outros temas que tratam sobre a percepção de usuários e profissionais sobre a porta de entrada do SUS na Atenção Básica.

Apresenta-se no quadro 2, a fase exploratória deste estudo.

Quadro 2: características das publicações.

n	Título	Resumo	Data	Referência
1	Saúde no Brasil O sistema de saúde brasileiro: história, avanços 7e desafios	O Brasil é um país de dimensões continentais com amplas desigualdades regionais e sociais. Neste trabalho, examinamos o desenvolvimento histórico e os componentes do sistema de saúde brasileiro, com foco no processo de reforma dos últimos quarenta anos, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde. Uma característica fundamental da reforma sanitária brasileira é o fato de ela ter sido conduzida pela sociedade civil, e não por governos, partidos políticos ou organizações internacionais. O Sistema Único de Saúde aumentou o acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela considerável da população brasileira em uma época em que o sistema vinha sendo progressivamente privatizado. Ainda há muito a fazer para que o sistema de saúde brasileiro se torne universal. Nos últimos vinte anos houve muitos avanços, como investimento em recursos humanos, em ciência e tecnologia e na atenção básica, além de um grande processo de descentralização, ampla participação social e maior conscientização sobre o direito à saúde. Para que o sistema de saúde brasileiro supere os desafios atuais é necessária uma maior mobilização política para reestruturar o financiamento e redefinir os papéis dos setores público e privado.	2012	PAIM, Jairnilson et al. Saúde no Brasil O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. <b>Veja</b> , v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2012
2	Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde	A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível de contato com o sistema de saúde. No Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS. O objetivo deste estudo foi avaliar o serviço realizado pelo PSF, a partir das representações sociais dos entrevistados sobre as dimensões exclusivas da APS - atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, realizada em Cajuri (MG). Foram entrevistados os gestores municipais, os profissionais do PSF e as gestantes atendidas pelo PSF. Em relação às representações sociais sobre o SUS, observou-se um inadequado nível de apreensão e conhecimento dos seus princípios e diretrizes. Quanto ao PSF, foram expressas várias conotações positivas e o conjunto de percepções dos protagonistas identificaram-no como uma estratégia de reestruturação da APS no município. Não obstante, foram percebidas fortes influências do modelo biomédico e o desafio da integração com os demais níveis de atenção, indicando a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais e na estruturação dos demais níveis de atenção à saúde.	2011	GOMES, Karine de Oliveira et al. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> , Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 881-892, 2011.

n	Título	Resumo	Data	Referência
3	Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil	O estudo analisa a sustentabilidade da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica a partir da identificação e categorização dos eventos críticos representativos do processo de institucionalização. Pesquisa avaliativa com duas unidades de análise: Gestão Federal da Atenção Básica e Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Estudo de casos múltiplos com dados coletados por meio de entrevistas e documentos institucionais, usando a técnica de Incidentes Críticos. Os eventos classificados temporalmente como específicos da implantação, da sustentabilidade e mistos, foram categorizados analiticamente como de memória, adaptação, valores e regras. A Gestão Federal e uma das SES resultaram no nível médio de sustentabilidade, a outra SES foi classificada no nível forte. Os resultados indicam concomitância dos eventos e sugerem uma ponderação, pois os de adaptação das atividades, adequação e estabilização dos recursos demonstraram forte influência sobre os outros. Inovações e Desenvolvimento da Capacidade Técnica são considerados os resultados mais importantes no sentido da sustentabilidade.	2010	FELISBERTO, Eronildo et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. <b>Cad. Saúde Pública</b> , Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1079-1095 June 2010.
4	Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica	Investiga-se a configuração da oferta e demanda por serviços de média complexidade do Distrito Federal (DF) e municípios de Goiás próximos à Brasília - entorno. Nossa hipótese é de que a organização da oferta dos serviços de atenção básica (AB) do DF e entorno sobrecarrega os serviços de média complexidade (MC), diminuindo a equidade no acesso. Objetivamos analisar a demanda por serviços de MC no DF e sua relação com a AB; quantificar a procedência, problema de saúde, motivo da procura, tempo de deslocamento e procedimentos realizados em pessoas que buscam atendimento nos hospitais do DF; indicar prioridades de mudanças na gestão do SUS para ampliação do acesso. Avaliação por triangulação de métodos, complementaridade das abordagens qualitativa e quantitativa. Estudo da oferta mediante análise dos sistemas de informação do SUS e da demanda por meio de survey com 1.585 usuários de sete hospitais do DF. Ocorre subutilização da oferta de serviços do DF, com duplicidade de ações básicas entre os hospitais e os centros de saúde. Recomenda-se revisão na regionalização e hierarquização dos serviços de saúde do DF e Goiás, bem como investimentos na incorporação de tecnologias para a atenção básica.	2010	PIRES, Maria Raquel Gomes Maia et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> , Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1009-1019, June 2010

n	Título	Resumo	Data	Referência
5	Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde	Este artigo apresenta um modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. Trata-se de pesquisa metodológica cuja construção da matriz avaliativa utilizou o referencial teórico de planejamento em saúde, a compreensão de organização e funcionamento delineado pelo PlanejaSUS e definições de responsabilidades para a área em nível municipal do Pacto de Gestão. Os indicadores e medidas foram validados por técnica de consenso, com especialistas em planejamento e avaliação. Sua aplicabilidade foi testada em 271 municípios de Santa Catarina, Brasil, considerando o porte populacional. O modelo proposto tem duas dimensões avaliativas, que refletem o compromisso do gestor municipal com o planejamento: a garantia de recursos e de relações internas e externas necessárias ao desenvolvimento das atividades. Os dados foram analisados com a utilização de indicadores, subdimensões e dimensões. Concluiu-se que o modelo é viável e adequado para avaliar o empenho da gestão municipal para o planejamento em saúde.	2011	BERRETTA, Isabel Quint; LACERDA, Josimari Telino de; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. <b>Cad. Saúde Pública</b> , Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2143-2154, Nov. 2011
6	A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte	A universalização da Atenção Básica e o compromisso orçamentário do Ministério da Saúde com a Estratégia Saúde da Família (ESF) através de novos incentivos sistemáticos de financiamento têm se destacado no cenário da política de saúde brasileira. Um dos grandes problemas é a expansão da estratégia para os grandes centros urbanos. Este artigo estuda a sustentabilidade econômico-financeira do ESF em municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes segundo indicadores selecionados, considerando a região geográfica a que pertencem, porte populacional e a participação no Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (Proesf). Os municípios da região Sudeste, mais desenvolvida do país, apresentam em média melhores desempenhos econômico-financeiros, porém valores médios de cobertura de ESF mais baixos. Os municípios das regiões Norte e Nordeste, com as menores médias para indicadores de sustentabilidade econômico-financeira, são os que mais fizeram esforço de evolução no período. Assim, observamos a dinâmica entre maior capacidade fiscal e de comprometimento orçamentário com o setor saúde para os municípios de maior porte e de regiões mais desenvolvidas economicamente, e maior vulnerabilidade e dependência de transferências federativas para os municípios de menor porte e em áreas menos desenvolvidas.	2011	PORTELA, Gustavo Zoio; RIBEIRO, José Mendes. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> , Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1719-1732, Mar. 2011

n	Título	Resumo	Data	Referência
7	Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o desdobramento da Função Qualidade (QFD).	A qualidade é um requisito indispensável na área da saúde, e sua procura se faz presente em virtude da necessidade de atender as exigências de uma população ciente de seus direitos, da essência das boas relações no trabalho e diminuição dos custos tecnológicos. Assim, a qualidade envolve todos que fazem parte do processo (usuários e profissionais), deixando de ser um atributo do serviço. Esta pesquisa tem como objetivo verificar a possibilidade de planejar a qualidade nas unidades de saúde da família, por meio do Desdobramento da Função Qualidade (QFD). Este planeja a qualidade segundo a satisfação do usuário, envolvendo os profissionais da instituição e identificando novos caminhos para aperfeiçoar os processos de trabalho. A construção da matriz, denominada Casa da Qualidade, é o aspecto mais importante desse método. Os resultados mostram que há similaridade entre a qualidade exigida pelos usuários e a qualidade planejada pelos profissionais. O presente estudo comprovou que a ferramenta QFD constitui-se em instrumento eficiente no planejamento da qualidade nos serviços públicos de saúde.	2010	VOLPATO, Luciana Fernandes et al. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o desdobramento da Função Qualidade (QFD). <b>Cad. Saúde Pública</b> , Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1561-1572, Aug. 2010
8	Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.	Foram comparados indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em uma amostra probabilística de adultos (N = 7.534) cobertos por plano privado, Estratégia Saúde da Família (ESF) e unidade básica de saúde (UBS) “tradicional” no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Após ajustamentos por fatores demográficos, condições de saúde e situação socioeconômica, os indicadores de uso (longitudinalidade, procura por atenção e consultas médicas) apresentaram melhor performance entre usuários regulares da ESF e afiliados a plano privado em comparação aos cobertos pela UBS. As hospitalizações, os exames de rastreamento e a vacinação contra a gripe variaram pouco entre esses grupos. Os indicadores de qualidade (dificuldades para obter consultas, existência de filas, queixa para obtenção de medicamentos e obtenção de consultas em 24 horas) foram melhores entre afiliados a plano privado. A recomendação para outra pessoa dos serviços de saúde utilizados foi mais frequente entre usuários regulares da ESF (61,9%) e afiliados a plano privado (55,6%), em comparação à UBS (45,4%).	2013	LIMA-COSTA MF et al. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. <b>Cad. Saúde Pública</b> , Rio de Janeiro, 29 (7): 1370-1380, jul, 2013.

n	Título	Resumo	Data	Referência
9	Planejamento local, Saúde Ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante	Este estudo buscou entender como uma equipe de Saúde da Família (EqSF) identifica as problemáticas ambientais presentes em seu território de abrangência, que potencializam os riscos de contaminação por enteroparasitoses, no município de Venda Nova do Imigrante, Estado do Espírito Santo. Analisa ainda as ações de vigilância ambiental e a utilização dos dados da ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) relacionados ao meio ambiente para o planejamento, visando a redução da prevalência dessas doenças. Optou-se por uma abordagem qualitativa - estudo de caso - com finalidade descritiva, e pela técnica de grupo focal para a coleta de dados. A análise das categorias selecionadas mostrou que o entendimento dos profissionais de saúde em relação ao conceito de meio ambiente ainda se restringe a uma visão naturalista – que não relaciona o ser humano a dinâmica ecológica da vida de um ecossistema – e que a EqSF não utiliza os dados fornecidos pela ficha A para o planejamento de ações relacionadas as questões ambientais. Quanto a interação com os demais setores governamentais, não governamentais e a própria população, encontramos inércia no que se refere ao meio ambiente, pois não há diálogo nem empoderamento dessas questões, pela equipe de saúde da família ou pela população.	2011	ADDUM, Felipe Morais et al. Planejamento local, Saúde Ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. <b>Physis</b> , Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 955-978, 2011
10	A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal	O artigo analisa a condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil de 2003 a 2008, considerando as funções de Estado na saúde de planejamento, regulação, financiamento e execução direta de serviços. A pesquisa compreendeu revisão bibliográfica, realização de entrevistas semi-estruturadas com atores-chave da política, análise documental, orçamentária e de bases de dados secundários. Observou-se redução na execução federal direta das ações e fragilidades no que diz respeito ao planejamento. A atuação federal se caracterizou principalmente pela regulação, baseada na emissão de portarias atreladas a mecanismos financeiros. No que concerne ao financiamento, houve discreto aumento da participação da atenção básica no orçamento federal, reajustes e criação de novos incentivos, alguns visando à equidade. Embora tenham ocorrido avanços no período, permanece o desafio de reconfiguração do modelo regulatório federal e a garantia de um aporte maior de recursos para este nível de atenção, a fim de que ocorra o efetivo fortalecimento da atenção primária no país.	2010	CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. <b>Cad. Saúde Pública</b> , Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, Apr. 2010.

n	Título	Resumo	Data	Referência
11	Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde	Este artigo apresenta um modelo de avaliação da gestão de recursos humanos na saúde. Trata-se de uma pesquisa metodológica, estruturada por meio de indicadores testados a partir de pesquisa avaliativa. Utilizou-se como base a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS), estabelecendo-se como dimensões: Gestão do Trabalho, Desenvolvimento do Trabalhador, Saúde do Trabalhador e Controle Social. O modelo foi discutido e aperfeiçoado em oficinas de consenso com especialistas em avaliação e gestão de recursos humanos, configurando uma matriz de avaliação com 12 indicadores. A aplicabilidade da proposta foi testada em 15 municípios da macrorregião da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. O modelo demonstrou viabilidade em municípios de diferentes portes populacionais e estruturas administrativas. Os dados foram obtidos nos sistemas locais de informação e em documentos oficiais das Secretarias de Saúde. A validade do modelo pode ser inferida pelos resultados da aplicação que foram compatíveis com a literatura.	2010	SCALCO, Sirlesia Vigarani; LACERDA, Josimari Telino de; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. <b>Cad. Saúde Pública</b> , Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 603-614, Mar. 2010
12	Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil	As políticas públicas adotadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) têm passado por sucessivas transformações, buscando reafirmar a saúde como direito universal. O acolhimento, diretriz operacional da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Humaniza SUS), vem ganhando contornos próprios e relevância na atenção primária à saúde (APS) para garantir acesso humanizado e resolubilidade às demandas de saúde dos usuários e das comunidades no Brasil. Realizou-se uma análise crítica da produção bibliográfica, no Brasil, no período de 1989 a 2009, sobre o acolhimento na operacionalização e qualificação do SUS na APS. As bases de dados consultadas foram SciELO, Lilacs e Medline. Os resultados apontaram avanços na ampliação do acesso aos serviços da APS e profissionais de saúde mais sensíveis às necessidades dos usuários e comunidades. A ausência de articulação em redes integradas, o excesso de demanda, o modelo biomédico hegemônico, a ausência de capacitação e de espaços democráticos e reflexivos para reorganizar o processo de trabalho em saúde têm colocado em questão, de modo cada vez mais incisivo, a potencialidade desta diretriz na operacionalização e qualificação do SUS.	2012	MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> , Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, Aug. 2012



n	Título	Resumo	Data	Referência
13	Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde	O termo acesso é compreendido na perspectiva do ingresso ou entrada no sistema, relacionado à utilização do mesmo. A pesquisa tem como objetivo analisar o acesso a partir da atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais de equipes de saúde da família de três municípios do Estado de Minas Gerais, Ipatinga, Coronel Fabriciano e Santana do Paraíso. Trata-se de um estudo de caso, qualitativo, sobre o entendimento a respeito do acesso por parte de profissionais de equipes de saúde da Família. Participaram da pesquisa 12 profissionais de saúde de diferentes categorias profissionais, a coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas gravadas e posteriormente transcritas e analisadas pela técnica de análise de conteúdo de Bardin. Como resultado os profissionais demonstraram acreditar que é possível melhorar as condições de trabalho e conseqüentemente da oferta de serviços. O tipo de atendimento e sua complexidade fazem a diferença no tempo de espera e na capacidade de resposta do sistema implicando na qualidade do acesso. Os profissionais dos municípios de Coronel Fabriciano e Santana do Paraíso consideram o serviço organizado e resolutivo, já no município de Ipatinga, existe uma rotatividade de gestão e gerenciamento que dificulta a organização do serviço e o estabelecimento de fluxos e rotinas.	2013	BARBOSA, Simone de Pinho; ELIZEU, Taniza Soares; PENNA, Cláudia Maria Mattos. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> , Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, Aug. 2013
14	Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas	Identificar que fatores produzem novas tendências no gerenciamento das unidades básicas de saúde e mudanças nos modelos de gestão. Estudo prospectivo com dez gestores de unidades de saúde e dez especialistas da área de saúde de São Paulo, SP, em 2010. Foi adotada a metodologia Delphi. Foram utilizadas quatro rodadas para a coleta de dados, três quantitativas e a quarta qualitativa. Nas três primeiras foram levantadas as tendências de mudança nos modelos de gestão; no perfil do gestor e nas competências requeridas para a função, foi utilizado o teste estatístico de Mann Whitney. A quarta rodada ocorreu por meio de um painel com os envolvidos, tendo sido escolhida a análise temática. Foram identificados os principais fatores que estão impulsionando o gerenciamento das unidades básicas de saúde, como as mudanças nos modelos de gestão. Foi consenso de que as dificuldades no gerenciamento das equipes e nas políticas influenciam nesse processo. Verificou-se que os gestores estão a par das tendências do macro contexto com o advento das organizações sociais de saúde, mas ainda não estão se antecipando nas ações institucionais. A formação acadêmica deve ser revista não só quanto aos conteúdos, mas quanto ao desenvolvimento desses profissionais.	2013	ANDRE, Adriana Maria; CIAMPONE, Maria Helena Trench; SANTELLE, Odete. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. <b>Rev. Saúde Pública</b> , São Paulo, v. 47, n. 1, p. 158-163, Feb. 2013

n	Título	Resumo	Data	Referência
15	O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia?	O Programa de Saúde da Família (PSF) foi instituído pelo governo federal como estratégia para reverter o modelo assistencial. Este artigo objetiva identificar o fluxo das contas municipais desde as fontes de financiamento até as atividades de saúde, além de problematizar e avaliar a alocação dos recursos financeiros e a execução orçamentária do PSF no município de Santo Antônio de Jesus (Bahia) em 2005. Os dados financeiros foram coletados através de quatro tabelas propostas pelo National Health Accounts (NHA) e comparados com as fontes documentais. O resultado da pesquisa revelou gastos per capita das 16 unidades do PSF que variaram de R\$ 465,40 a R\$ 62,30 per capita/unidade/ano. O gasto médio de uma unidade do PSF foi de R\$ 17.302/unidade/mês em 2005, e o financiamento do governo federal foi de R\$ 2.834/unidade/mês. Conclui-se que houve um financiamento irrisório do Programa (PSF) por parte do governo federal e uma inexistência de cofinanciamento estadual e um grande esforço do município em ampliar o acesso aos serviços de saúde através da ESF. A escolha do município por essa estratégia pode ter inviabilizado outras atividades prioritárias devido aos recursos escassos, e a descrição das atividades registra um perfil que servirá para comparação em pesquisas futuras.	2011	ROSA, Márcia Reis Rocha; COELHO, Thereza Christina Bahia. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia?. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> , Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1863-1873, Mar. 2011
16	Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil)	Este artigo apresenta resultados de estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo (SP) desenvolvido no âmbito de estudo multicêntrico na Argentina, no Brasil, no Paraguai e no Uruguai. O objetivo é analisar a Atenção Primária em Saúde (APS) como estratégia para alcançar sistemas integrais e universais. A abordagem metodológica se pautou em cinco dimensões de análise: condução política; financiamento; provisão; integralidade e intersetorialidade. As técnicas incluíram revisão bibliográfica, análise documental e entrevistas com informantes-chave: gestores, especialistas, usuários e profissionais. Os resultados foram organizados em função dos desafios e das possibilidades da APS como estruturante do sistema segundo as cinco dimensões. Das entrevistas emergiram: distintas interpretações do conceito e papel da APS e o consenso como porta de entrada do sistema; debilidades no financiamento; desafios na gestão do trabalho e a necessidade de novo desenho jurídico-institucional para a gestão regional. Como potencialidades: a extensão de cobertura/universalidade, base da organização do sistema, na vinculação com o território e na compreensão das especificidades da população.	2011	HEIMANN, Luiza Sterman et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). <b>Ciênc. saúde coletiva</b> , Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2877-2887, June 2011

n	Título	Resumo	Data	Referência
17	SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas	O texto resgata significados do movimento da reforma sanitária e do movimento municipal de saúde no contexto dos anos 70 e 80, sua força social, política e inovadora na reconstrução democrática na época. A seguir constata que a implementação das diretrizes constitucionais, regulamentadas em 1.990 pelas Leis 8080/90 e 8142/90, vem sendo marcada nos últimos 22 anos por quatro pesados e crescentes obstáculos impostos pela política de Estado a todos os governos: subfinanciamento federal, subsídios federais ao mercado de planos privados de saúde, resistência à reforma da estrutura gerencial estatal da prestação de serviços e, entrega do gerenciamento de estabelecimentos públicos a entes privados. O SUS incluiu no sistema público de saúde metade da população antes excluída, mas estes obstáculos mantêm a cobertura da atenção básica focalizada abaixo da linha de pobreza e com baixa resolutividade. Conclui que a real política de Estado para a saúde nesses 22 anos vem priorizando a criação e a expansão do mercado dos planos privados de saúde para os direitos do consumidor, e secundarizando a efetivação das diretrizes constitucionais para os direitos humanos de cidadania.	2013	SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> , Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, Jan. 2013
18	Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011	O artigo analisa o desenvolvimento da capacidade avaliativa em um caso exemplar de uma Secretaria de Estado da Saúde (SES) participante do Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica. Estudo de caso de abordagem mista, com informações provenientes de documentos, entrevistas semiestruturadas e da avaliação da atenção básica realizada pela SES no período de 2008-2011. Empregou-se a análise de processos para identificar os eventos lógicos que contribuíram para o desenvolvimento da capacidade avaliativa, com duas categorias: eventos de construção da capacidade avaliativa e eventos de construção de estrutura organizacional. A pactuação em instâncias deliberativas para a continuidade da avaliação, a coleta e análise dos dados realizada pela SES, a iniciativa de mudança de indicadores e reestruturação da matriz avaliativa e a comunicação dos resultados aos municípios formaram a cadeia lógica de eventos. A análise triangulada demonstrou que o objetivo de desenvolver a capacidade avaliativa foi alcançado.	2014	NICKEL, Daniela Alba et al. Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011. <b>Cad. Saúde Pública</b> , Rio de Janeiro v. 30, n. 4, p. 839-850, Apr. 2014

n	Título	Resumo	Data	Referência
19	Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS)	Este estudo objetivou analisar percepções de conflito entre trabalhadores e gerentes de unidade básica de saúde e apresentar tipologia de conflitos vivenciados no trabalho. Trata-se de estudo de caso, de caráter compreensivo-interpretativo, de abordagem crítica-hermenêutica. As técnicas de coleta foram: grupo focal com gerentes, observação do trabalho e entrevista com trabalhadores, realizadas de abril a novembro de 2011. Os resultados foram triangulados e apontam a convivência de distintas concepções de conflito. Foram tipificadas seis modalidades de conflitos, relacionados à falta de colaboração no trabalho; ao desrespeito decorrente de relações assimétricas entre trabalhadores; ao comportamento do funcionário-problema; aos problemas pessoais; à assimetria com outros níveis de gestão e à infraestrutura deficitária dos serviços. Destaca-se a relevância do (não) reconhecimento mútuo, na perspectiva proposta por Axel Honneth, na interpretação da gênese e implicações práticas desses conflitos.	2014	CARVALHO BG et al. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). <b>Cad. Saúde Pública</b> , Rio de Janeiro, 30 (7): 1453-1462, jul, 2014
20	Gerenciamento da atenção primária à saúde: estudo nas unidades básicas	<i>Objetivo:</i> analisar o gerenciamento das unidades básicas de saúde (UBSs) do município de Patos, Paraíba. <i>Método:</i> foi realizada pesquisa exploratória, descritiva, explicativa, bibliográfica, de campo, com abordagem quantitativa. Participaram do estudo 27 sujeitos, respondendo a um questionário previamente validado. Ressalta-se que a pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, por meio da CAEE 0530.0.133.000-10 e o material foi analisado por meio da estatística descritiva. <i>Resultados:</i> os administradores das unidades são, majoritariamente, enfermeiras jovens. Quanto ao gerenciamento das UBSs, todas as funções gerenciais estão sendo desenvolvidas, porém o ato de planejar é o menos praticado, podendo ter relação com a baixa capacitação dos gestores. <i>Conclusão:</i> verificou-se déficit no gerenciamento das UBSs, oriundo de uma conduta empírica. Portanto, sugerem-se treinamentos para que os gestores da atenção primária possam gerir adequadamente através do processo administrativo.	2011	FALCÃO, SMR; SOUSA, MNA de. Gerenciamento da atenção primária à saúde: estudo nas unidades básicas. <b>Rev enferm UFPE on line</b> . 2011 ago; 5 (6): 1510-517

n	Título	Resumo	Data	Referência
21	O financiamento do Sistema Único de Saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso	O financiamento do Sistema Único de Saúde, que sempre foi um ponto crítico, ganha ainda mais destaque com o impulso que vem sendo dado à regionalização, como uma estratégia de fortalecimento do SUS. O presente estudo objetiva analisar o financiamento do SUS no Estado de Mato Grosso, de 2002 a 2010, diante do cenário da regionalização. Com base em sistemas de informação nacionais (SIOPS, SIA-SUS, SIH-SUS), bem como em documentos e relatórios estaduais, foram analisadas as despesas com saúde efetuadas pelos 141 municípios matogrossenses, organizados em 16 regiões de saúde, evidenciando, além da participação das três esferas de governo no financiamento da saúde, se há diferenças importantes nos gastos com saúde, dadas as particularidades das 16 regiões constituídas. Nos nove anos analisados, deu-se um aumento expressivo das despesas com saúde <i>per capita</i> , efetuadas pelos três entes federados. Os gastos per capita sob responsabilidade dos municípios também aumentaram, variando de 76% a 127% entre as regiões; em 2010, no seu conjunto, eles representaram R\$ 437,54. As transferências da União aos municípios, nesse ano, variaram de R\$ 110,66 e R\$ 243,38 entre as regiões e em 11 delas pelo menos 50% desses recursos concentraram-se na atenção básica. Os recursos transferidos do estado aos municípios, embora em montantes bem inferiores aos da União, também se elevaram, priorizando a atenção básica em 12 das 16 regiões. Com recursos estaduais, a assistência hospitalar foi contemplada em regiões e anos específicos, não necessariamente vinculando-se a transferência com a existência de hospitais regionais. A pesquisa evidencia a complexidade do financiamento da saúde e a dificuldade de se analisá-lo face à regionalização. Apesar das limitações do estudo, acredita-se que os resultados esclarecem alguns pontos, fornecem informações úteis aos gestores e demais interessados e levantam inúmeras indagações, abrindo caminho para novas investigações.	2012	MENDONÇA, Alessandra Félix. <b>O financiamento do Sistema Único de Saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso</b> . Instituto de Saúde Coletiva. 2012. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá: UFMT, 2012.
22	Modelos de gestão em saúde: novas tendências, responsabilidades e desafios.	Objetivo discutir o que são modelos de gestão, quais as características da gestão na área da saúde e alguns modelos para organizações de saúde, no momento atual. Novos modelos de gestão tornam-se necessários e imprescindíveis para as organizações alcançarem níveis de excelência na prestação de serviços. Conclui-se que não é mais possível conviver com modelos antigos de gestão baseados na hierarquia, na divisão do trabalho, no controle rígido, pois a atualidade exige arranjos organizacionais mais participativos, integrativos e focados nos objetivos, necessidades e expectativas sociais.	2013	TAMADA, Rosane Cristina Piedade; DA SILVA BARRETO, Maria de Fátima; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Modelos de gestão em saúde: novas tendências, responsabilidades e desafios. Convibra, UFSP, 2013.

n	Título	Resumo	Data	Referência
23	Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo	O estudo analisa o impacto de consórcio para a aquisição de medicamentos no desabastecimento e no custo dos medicamentos do Componente da Assistência Farmacêutica Básica do município de Indaial, SC. Observou-se uma redução aproximada de 12,0% de 2008 para 2007, e de 48,0% de 2009 para 2007 no número de itens que apresentaram falta em pelo menos um dia; a redução foi de 33% no custo total de aquisição quando comparada a aquisição pelo consórcio (2009) com a aquisição municipal (2007), e de 18% quando comparada aos valores médios do Banco de Preço em Saúde do Ministério da Saúde/2009. A aquisição de medicamentos pelo consórcio diminuiu o desabastecimento e apresentou economia, possibilitando aquisição de maior quantidade de produtos com a mesma disponibilidade de recursos.	2011	AMARAL, Silvâni Maria Sehnem do; BLATT, Carine Raquel. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. <b>Rev. Saúde Pública</b> , São Paulo, v. 45, n. 4, p. 799-801, Aug. 2011 .
24	Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde	Desenvolver um indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. O modelo de avaliação baseia-se em aspectos da gestão do sistema de saúde. Foram utilizados 55 indicadores de desempenho classificados sob os critérios de relevância, efetividade, eficácia e eficiência e suas medidas agregadas por meio de aplicação de análise envoltória de dados de modelo aditivo, em medidas de valor, mérito e qualidade. A aplicação foi feita a 36 municípios catarinenses com população entre 10 mil e 50 mil habitantes em 2006. Os resultados da aplicação foram apresentados em medidas monótonas no intervalo [0, 1] (medidas = 1: eficientes; demais: ineficientes). Cinco municípios apresentaram medida = 1 na qualidade da gestão das ações de acesso, enquanto oito obtiveram medida = 1 na qualidade da gestão das ações de provimento. Os demais municípios, para ambas as dimensões, foram classificados como ineficientes (medidas < 1). A qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde pode ser avaliada com indicador sintético, construído por técnicas de programação linear, que contempla simultaneamente os critérios de relevância, de efetividade, de eficácia e de eficiência agregados em medidas de valor, mérito e qualidade.	2012	SCARATTI, Dirceu; CALVO, Maria Cristina Marino. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. <b>Rev. Saúde Pública</b> , São Paulo, v. 46, n. 3, p. 446-455, June 2012

n	Título	Resumo	Data	Referência
25	Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009	<p>Descrever a tendência de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária entre 1998 e 2009 no Brasil. Estudo ecológico de séries temporais com dados secundários referentes às internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Sistema Único de Saúde. Os dados foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares. As taxas de internações por 10.000 habitantes foram padronizadas por faixa etária e sexo, considerando a população brasileira masculina recenseada em 2000 como padrão. A análise de tendência da série histórica foi realizada por regressão linear generalizada pelo método de Prais-Winsten. Houve redução média anual de internações por condições sensíveis à atenção primária de 3,7% entre homens (IC95% -2,3;-5,1) e mulheres (IC95% -2,5;-5,6) entre 1998 e 2009. A tendência variou em cada unidade federativa, porém em nenhuma houve aumento das internações. No sexo masculino e feminino as maiores reduções foram observadas nas internações por úlceras gastrintestinais (-11,7% ao ano e -12,1%, respectivamente), condições evitáveis (-8,8% e -8,9%) e doenças das vias aéreas inferiores (-8,0% e -8,1%). Angina (homens), infecção no rim e trato urinário (homens e mulheres) e condições relacionadas ao pré-natal e parto (mulheres) apresentaram aumento nas internações. Os três grupos de doenças que mais ocasionaram internações foram gastroenterites infecciosas e complicações, internações por insuficiência cardíaca e asma. Houve redução substancial nas internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998 e 2009, porém algumas doenças apresentaram estabilidade ou acréscimo, exigindo atenção do setor saúde.</p>	2012	BOING, Antonio Fernando et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. <b>Rev. Saúde Pública</b> , São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, Apr. 2012

n	Título	Resumo	Data	Referência
26	Os fundos municipais de saúde: uma análise dos municípios das capitais brasileiras	A descentralização das ações de saúde trouxe muitos desafios para a gestão local, pois foi transferido para a administração municipal boa parte das responsabilidades de execução das ações e também dos recursos a serem despendidos neste segmento. A partir desta descentralização, alguns instrumentos foram criados para facilitar a gestão dos recursos e, entre eles, os fundos de saúde. A gestão dos fundos de saúde ainda é um desafio, considerando-se as questões multidisciplinares envolvidas. O estudo teve como objeto analisar a organização dos fundos municipais de saúde a partir da análise das leis de criação dos fundos municipais de saúde de 19 capitais brasileiras por meio dos Instrumentos de Criação, dos objetivos previstos nos instrumentos, da composição dos recursos financeiros, da responsabilidade legal pela administração e da responsabilidade de fiscalização. Observa-se a importância da Gestão dos Recursos do SUS por meio dos Fundos de Saúde, possibilitando a visualização das fontes de receitas, do volume de recursos transferidos e aplicados, dos rendimentos financeiros além das despesas realizadas, dessa forma facilitando o controle social permitindo a aplicação de recursos exclusivamente para a saúde. Recomenda-se ainda a necessidade de revisão das leis, a criação com vistas a atender a realidade local e em função das inovações legais estabelecidas pela Lei Complementar 141. É preciso desenvolver ações que visem a melhores resultados na aplicação dos recursos existentes, para que, dessa forma, possam suprir as novas e crescentes demandas nas ações e nos serviços públicos de saúde.	2013	PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. <b>Os fundos municipais de saúde: uma análise dos municípios das capitais brasileiras.</b> Dissertação de Mestre em Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília: UB, 2013
27	Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família	A Atenção Primária a Saúde tem como atributos essenciais a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação, e como atributos derivados a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. Discute-se a importância de tais atributos na Estratégia Saúde da Família, proposta político-governamental para a mudança do modelo de atenção a saúde no contexto do Sistema Único de Saúde no Brasil.	2013	OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. <b>Rev. bras. enferm.</b> , Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013



n	Título	Resumo	Data	Referência
28	Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferenciamento dos sistemas de informação	A atenção primária em saúde (APS) pouco tem se valido dos sistemas de informação para avaliar a situação de saúde da população devido à dificuldade de compreensão dos relatórios. É usual a definição genérica das ações a partir de constatações empíricas. O objetivo desse trabalho é avaliar se a introdução de indicadores georreferenciados pode ser uma tecnologia para melhorar a identificação da situação de saúde das pessoas, o que ajudaria no planejamento das ações das equipes. Para tanto, foi aplicado um questionário nos profissionais de oito equipes em três momentos: o primeiro, antes da leitura dos relatórios do sistema de informação, o segundo após a leitura e o terceiro usando os georreferenciados. Os resultados mostraram diferença significativa na classificação da situação de saúde quando da utilização do georreferenciamento comparado aos momentos anteriores ( $p < 0,05$ ). O georreferenciamento facilitou a análise da situação de saúde, propiciando melhor monitoramento dos processos de trabalho. Por fim, a utilização aponta para uma racionalização das ações e possível qualificação da atenção à saúde. Sugere-se o uso do georreferenciamento na agenda de trabalho para que se tornem uma ferramenta efetiva e norteadora das ações.	2013	RITTER, Fernando; ROSA, Roger dos Santos; FLORES, Rui. Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferenciamento dos sistemas de informação. <b>Cad. Saúde Pública</b> , Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2523-2534, Dec. 2013
29	Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004	<b>Objetivo:</b> descrever as ações de regulação assistencial em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes de sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. <b>Métodos:</b> foi realizado estudo descritivo com dados coletados por meio de questionários dirigidos aos secretários de saúde e trabalhadores de saúde e de formulários sobre estrutura e processo de trabalho preenchidos pelas equipes de saúde, analisados por região, entre 2001 e 2004. <b>Resultados:</b> encontrou-se articulação da atenção primária à saúde com serviços de maior complexidade tecnológica em 7/21 municípios na região Sul e em 11/20 na região Nordeste; as centrais de regulação enfrentavam problemas na adequação da estrutura física e tecnológica; o tempo médio para atendimento especializado variou de nove a 127 dias na região Sul e de 11 a 42 dias na Nordeste. <b>Conclusão:</b> foram reveladas fragilidades na regulação assistencial, contribuindo para a discussão sobre a qualificação da rede de serviços no Brasil.	2013	LEMÕES, Marcos Aurélio Matos et al. Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004. <b>Epidemiol. Serv. Saúde</b> , Brasília, v. 22, n. 4, dez. 2013

n	Título	Resumo	Data	Referência
30	A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?.	O fortalecimento da atenção básica tem sido valorizado como estratégia central para a construção do SUS. Diretrizes recentes emanadas pela OPAS e pelo MS destacam seu papel como centro de comunicação de redes temáticas, como reguladora do acesso e utilização dos serviços necessários para a integralidade do cuidado. O presente estudo, financiado com recursos PPSUS/Fapesp, problematiza as possibilidades da rede básica exercer tal função estratégica. Foram produzidas narrativas de vida de 15 usuários altamente utilizadores de serviços de saúde em dois municípios do ABC paulista, que adotaram a Estratégia de Saúde da Família para organização de suas redes básicas. O estudo apresenta três achados principais: a rede básica funciona como posto avançado do SUS, produzindo valores de uso mesmo para os pacientes utilizadores de serviços de alta complexidade; a rede básica é vista como lugar de coisas simples; há uma impotência compartilhada entre usuários e equipes quando se trata da rede básica funcionar como coordenadora do cuidado, indicando como ela não reúne condições materiais (tecnológicas, operacionais, organizacionais) e simbólicas (valores, significados e representações) de deter a posição central da coordenação das redes temáticas de saúde.	2012	CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? <b>Ciênc. saúde coletiva</b> , Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, Nov. 2012
31	Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes	A descentralização do SUS exige que as secretarias estaduais de saúde assumam novas competências como o monitoramento e avaliação da Atenção Básica. Este artigo busca avaliar a “capacidade de governo” de uma secretaria estadual de saúde do Nordeste brasileiro para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica. A partir da colaboração técnica realizada via componente III do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), foram entrevistados gestores estratégicos, analisados documentos de gestão e realizada observação participativa das atividades do centro formador junto à secretaria, com “análise de conteúdo” do material disponível. Como resultados, destacam-se: ausência de “projeto de governo”; problemas de estrutura física, recursos humanos e materiais; profissionais com baixa qualificação no uso de sistemas de informação, monitoramento e avaliação, e planejamento estratégico, promovendo trabalhos burocráticos e frágil uso de dados epidemiológicos. Em 2006, a secretaria usou recursos federais para fortalecer o monitoramento e avaliação da Atenção Básica, ampliando sua estrutura física, adquirindo equipamentos e capacitando pessoal, sem investir recurso próprio. Conclui-se que esta secretaria tem dificuldades em se adequar à descentralização, com a institucionalização de novos processos de trabalho.	2011	SAMPAIO, Juliana et al. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> , Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 279-290, Jan. 2011

n	Título	Resumo	Data	Referência
32	Utilização de serviços de saúde de atenção básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em sistemas de informação	Este estudo propõe-se a descrever a oferta e demanda de serviços de saúde de atenção básica em treze municípios da metade sul do Estado do Rio Grande do Sul, por meio de dados secundários provenientes do site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram associados dados de consultas, de procedimentos e de estrutura em serviços de saúde na atenção básica a conceitos presentes em políticas públicas e portaria específica. Realizou-se um estudo quantitativo, analisando frequências absolutas de consultas e procedimentos no período de 2000 a 2005. Os resultados mostram uma diversidade de situações na atenção básica em saúde, possibilitando diferentes interpretações para as situações encontradas. Entre elas, pode-se citar a existência de bancos de dados com subnotificações de consultas e procedimentos, ou mesmo a não oferta e/ou demanda por tais atendimentos. Sugere-se o aprimoramento dos mecanismos disponíveis para a análise dos serviços de saúde de atenção básica, o que facilitará o delineamento dos possíveis fluxos, trajetórias e itinerários terapêuticos dos usuários e o desvelamento de possíveis disparidades locais em saúde.	2011	GERHARDT, Tatiana Engel et al. Utilização de serviços de saúde de atenção básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em sistemas de informação. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> , Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1221-1232, 2011
33	Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 - 2008	Este artigo analisa, a partir de microdados de 1998, 2003 e 2008 da PNAD/IBGE, a utilização de serviços de saúde sob a perspectiva de seu financiamento. Entre os principais resultados da análise, destacam-se os seguintes: 1) o SUS continua financiando a maioria dos atendimentos e das internações realizados no País, participação que aumentou significativamente entre 1998 e 2003, mantendo-se praticamente estável entre 2003 e 2008; 2) a participação do SUS no financiamento da utilização dos serviços de saúde foi preponderante em todas as regiões, sendo maior nas regiões Norte e Nordeste com situações sanitárias e sócio-econômicas mais precárias; 3) o SUS é o principal financiador dos dois níveis extremos de complexidade da atenção à saúde: o de atenção básica e o da alta complexidade; 4) apesar do aumento verificado nas taxas de utilização do SUS, para atendimentos e internações, ainda persistem grandes inequidades no uso de serviços de saúde entre a população atendida pelo SUS e a população beneficiária de planos e seguros de saúde privados; 5) foi observado um aumento na utilização de serviços do SUS por parte dessa população com asseguração privado.	2011	PORTO, Silvia Marta; UGA, Maria Alicia Dominguez; MOREIRA, Rodrigo da Silva. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 -2008. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> , Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3795-3806, Sept. 2011

Fonte: coleta de dados, 2015.

No que se refere a análise exploratória, quanto ao ano de publicação, observa-se o ano de 2011 contemplou a maior número de artigos publicados, como percebe-se na tabela 1 a seguir. Podendo estar relacionado ao fato de que houve um crescimento significativo sobre o debate que relaciona-se ao custo operacional da Atenção Básica neste período, num total de 33% (BRASIL 2013).

Tabela 1 – Distribuição dos artigos científicos utilizados de acordo com o ano publicado.

Ano do Periódico	n	%
2010	5	15,00
2011	11	33,0
2012	6	18,0
2013	9	27,0
2014	2	6,0
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>

Fonte: coleta de dados, 2015.

Para responder ao objetivo proposto neste estudo, a partir da análise das produções descritas neste capítulo, a análise destas permitiu a formulação de 03 categorias:

Abaixo segue a tabela 2 com as categorias encontradas nesta pesquisa que são: 1. Sustentabilidade econômico-financeira das Unidades Básicas de Saúde; 2. Atenção Básica e a gestão como fator de qualidade; 3. A utilização da Atenção Primária sob a perspectiva de seu financiamento.

Tabela 2: Distribuição dos artigos científicos utilizados de acordo com as categorias, artigos, número de artigos e frequência.

Categorias	Artigos	n	%
Sustentabilidade econômico-financeira das Unidades Básicas de Saúde	A1; A3; A12; A15; A18; A19; A21; A26; A30; A31	10	30,3
Atenção Básica e a gestão como fator de qualidade	A2; A4; A5; A7; A8; A9; A11; A13; A14; A20; A22; A24; A32	13	39,4
A utilização da Atenção Primária sob a perspectiva de seu financiamento	A6; A10; A16; A17; A23; A25; A27; A28; A29; A33	10	30,3
		<b>33</b>	<b>100,0</b>

Fonte: coleta de dados, 2015.

No que se refere a tabela 2, não houve repetição dos artigos entre as categorias identificadas para presente pesquisa. Apresenta-se a seguir a discussão com base nas categorias encontradas.

### **5.1 Sustentabilidade econômico-financeira das Unidades Básicas de Saúde**

Apresenta-se a discussão entre os autores no que se refere a sustentabilidade econômico-financeira das UBS's.

Verifica-se de acordo com os estudos, que apesar do financiamento federal tenha aumentado cerca de quatro vezes desde o início da última década, a porcentagem do orçamento federal destinada ao setor de saúde não cresceu, levando a restrições de financiamento, infraestrutura e recursos humanos.

Outros desafios surgem por conta de transformações nas características demográficas e epidemiológicas da população brasileira, o que obriga a transição de um modelo de atenção centrado nas doenças agudas para um modelo baseado na promoção intersetorial da saúde e na integração dos serviços de saúde (A1).

Já em pesquisa que buscou analisar a sustentabilidade da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica com duas unidades de análise: Gestão Federal da Atenção Básica e Secretarias Estaduais de Saúde (SES). A análise realizada neste estudo nas unidades de observação revelaram: aspectos do desenho e características do projeto – o envolvimento dos principais interessados e a possibilidade de adequação da política às necessidades e condições locais são aspectos favoráveis à sustentabilidade da política nos três níveis, ao passo que a inexistência de avaliações que comprovem a eficácia da política, o pouco tempo de existência da política e o fato do financiamento ser externo, desfavorecem sua continuidade e fatores no ambiente físico mais amplo da comunidade – estes fatores dizem respeito à estabilidade socioeconômica e política (A3).

Quando trata-se da qualificação das UBS's, ao considerar o estado de saúde em permanente transformação, uma visão ampliada permite romper com a idéia estagnada, fragmentada e disciplinar; o que representará inscrevê-la como campo do conhecimento interdisciplinar e como prática social na ordem intersetorial. Para guiar esta transformação é imprescindível integrar e articular diferentes saberes e práticas, focando na autonomia dos sujeitos e buscando na interdisciplinaridade as potencialidades partilhadas dos diferentes atores, recursos e equipamentos da saúde, e na intersetorialidade de novos recursos (A12).

Entende-se que a vinculação e a contrapartida são meios legítimos que o governo federal utiliza para garantir o uso dos recursos em políticas que foram acordadas nacionalmente através dos mecanismos de participação social previstos pelo SUS; entretanto, a descentralização da gestão, como estratégia fundamental para a priorização das “necessidades” locais e incremento da responsabilidade municipal, fica comprometida quando não existe autonomia para o planejamento e a execução das ações. Esse paradoxo, em vez de ser tratado seriamente, no sentido de se buscar uma solução aceitável para todos os entes envolvidos, mantém-se superficialmente abordado através de ações normativas e pouco efetivas, produzindo contas “maquiadas” e planejamento (A15).

Nesse aspecto, há um descompasso entre, de um lado, a normatividade técnica e jurídica presente na legislação que regulamenta o SUS, – em que a atenção básica é definida como a coordenadora do acesso e cuidado aos usuários nas redes de atenção, buscando garantir a integralidade da atenção à saúde –, e de outro lado, a normatividade contratualizada que rege a organização e o funcionamento dos serviços, limitados pelo financiamento insuficiente e frágil gestão, aliados à influência do modelo biomédico (A19).

Neste cenário, percebe-se a dificuldade dos municípios que compõem uma região em manter ou elevar sua contrapartida financeira para a saúde certamente pode causar dificuldades à sustentabilidade financeira do setor saúde (A21).

Porém, para os recursos do Estado transferidos para os municípios, a concentração de recursos na atenção básica é ainda maior, em comparação aos oriundos da União, abrangendo um número maior de regiões. No entanto, o volume desses recursos foi bem inferior ao da transferido pela União (A21).

Sendo assim, percebe-se a distância entre o entendimento dos gestores quanto à finalidade e momento da avaliação, de um lado, e o que ocorre na rotina da instituição, de outro, constitui uma das dificuldades na institucionalização da avaliação, que acaba sendo finalística, não formativa, com pouca utilidade, por ser verticalizada e centrada na simples contabilização de determinados eventos. A identificação de problemas em indicadores, ou a percepção de mudança de prioridade para a avaliação e a decisão de alterar indicadores demonstram a capacidade técnica em monitoramento e avaliação dos atores envolvidos (A3; A18).

No tocante a responsabilidade legal pela administração dos fundos de saúde, percebe-se em relação as capitais brasileiras, que possuem o respectivo secretário de saúde como ordenador de despesa e administrador do fundo, atendendo a legislação vigente e fortalecendo o comando único na gestão local do SUS (A26).

A participação social é demonstrada por meio da previsão de fiscalização do Conselho de Saúde na gestão do fundo além da obrigatoriedade de submissão, por parte do gestor municipal, do plano de aplicação dos recursos orçamentários consoante ao respectivo plano de saúde. Observa-se a existência de similaridade de redação dos instrumentos legais analisados, prioritariamente aqueles com o mesmo período de criação. Esta semelhança pode demonstrar fragilidade no processo de operacionalização dos respectivos fundos, pois podem não expressar a realidade local de gestão (A26).

Percebe-se que existe o risco de ficar, discursivamente, reiterando tal papel para a atenção básica quando, na prática, e para as pessoas vivendo situações de grandes carências e vulnerabilidade, os arranjos para a responsabilização e gestão do cuidado deverão ser muito mais complexos e articulados. Sendo assim, os autores indicam dois movimentos complementares que podem ser feitos no sentido de se avançar na constituição, coordenação e operacionalização das redes temáticas. O primeiro, é que a coordenação das redes assumirá múltiplas configurações a depender dos diferentes contextos locorregionais do SUS. Isso significa que os mais variados arranjos, composições, lócus institucionais de operacionalização deverão ser experimentados, incluindo graus diferentes de participação e responsabilidade da ABS, sempre na perspectiva da materialização de redes de serviços funcionalmente integradas que propiciem a integralidade do cuidado que as pessoas necessitam. O segundo movimento ocorre no sentido de investimentos na ABS para que ela possa, progressivamente, ampliar sua capacidade de intervir ativamente nos processos regulatórios, consolidando gradualmente sua legitimidade perante os usuários como efetivo centro de comunicação com os demais serviços (A30).

Verifica-se haver um conjunto de dificuldades enfrentadas pelos municípios para a institucionalização do Monitoramento e Avaliação (M&A) da AB reforça a relevância da esfera estadual na construção de políticas públicas que possibilitem o fortalecimento das Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Com o processo de descentralização do SUS, é dever do gestor estadual zelar para que os municípios em seu território possam assumir suas funções, com eficiência, com vistas ao fortalecimento do sistema de saúde e ampliação da qualidade de vida das pessoas.



Neste sentido, é importante que a Secretaria Estadual de Saúde (SES), considerando seu atual papel no SUS, possa oferecer às SMS formulação política, cooperação técnica, planejamento e programação, co-financiamento, desenvolvimento de recursos humanos e monitoramento e avaliação. Para tanto, é preciso que o gestor estadual esteja atento às variáveis apontadas para o bom gerenciamento: o projeto de governo, a governabilidade e a capacidade de governo de sua gestão (A31).

## **5.2 Atenção Básica e a gestão como fator de qualidade**

Neste subitem, descreve-os aspectos relevantes segundo os autores em relação a Atenção Básica e a gestão como fator de qualidade.

Vários estudos indicam a ausência de uma rede integral e regionalizada de referência e contrarreferência como o principal obstáculo para o pleno desenvolvimento das características da integralidade e coordenação da atenção. Além disso, a insistência de uma prática assistencial, centrada na consulta médica e na distribuição de fichas para demanda aberta, em detrimento das ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde, baseadas nas necessidades estabelecidas por estudos populacionais territorialmente definidos, também é um fator que dificulta o alcance destas dimensões da APS.

Ainda foram percebidas fortes influências do modelo biomédico e o desafio em relação à potencialização da integralidade e da garantia da continuidade da atenção ao usuário, devido ao funcionamento inadequado do serviço de referência e contrarreferência. Assim, desenha-se algumas alternativas às mudanças necessárias: o aprimoramento da capacitação dos gestores e profissionais de saúde; maior valorização do serviço público, através do estabelecimento de vínculos formais de trabalho e do oferecimento de salários mais justos e condizentes com as responsabilidades exigidas, além do investimento concomitante na estruturação dos demais níveis de atenção à saúde por parte do governo, para garantir a criação de uma rede de atenção integral e contínua (A2).

Evidencia-se a indução que a oferta produz sobre a demanda, em especial nas regiões mais ricas do país, cuja pressão do mercado e corporações influencia a venda indiscriminada de serviços para o poder público. Constata-se baixa produção de procedimentos de alta complexidade (AC) quando comparado aos demais níveis, mesmo nos hospitais de referência, onde a maior produção não chega a 10%. Quanto ao paralelismo de ações entre hospitais e UBS, ambos produzindo procedimentos de AB, revela a frágil hierarquização e regulação entre os níveis de atenção do SUS. Ocorre subutilização da capacidade instalada, comprometendo a sustentabilidade econômica e dos recursos públicos. Tal quadro acentua a ineficiência do gasto público em saúde, um dos sérios problemas do SUS, conforme recente estudo do Banco Mundial (BIRD) (A4).

Sabe-se que a incorporação de tecnologias na atenção básica, seja na forma de equipamentos ou de conhecimentos aplicados, amplia a capacidade de respostas das UBS. Serviços de saúde estrategicamente localizados e de fácil utilização pela população, mas sem insumos e tecnologias que os tornem capazes de resolver as demandas de saúde (A4).

Em pesquisa realizada, que buscou analisar um modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde a articulação com setores da própria secretaria de saúde, com outros setores administrativos do município e com a população apontada como necessária ao exercício do planejamento em saúde também foi contemplada neste modelo. O resultado de seus indicadores parece confirmar sua manutenção. Considera-se que existe uma relação entre planejamento e decisões, e que o planejamento constitui uma área intermediária para auxiliar a tomada de decisão e para orientar a implementação das decisões tomadas. Nesse sentido, esperava-se que a maioria dos municípios indicasse positivamente nessa direção. Os resultados em relação ao indicador inserção organizacional dão conta de que ainda falta empenho da gestão para que ocorra a institucionalização da área de planejamento nas secretarias municipais, e que tais aspectos precisam ser mensurados e avaliados (A5).

Do mesmo modo, a obrigatoriedade da aprovação dos instrumentos de gestão junto ao Conselho de Saúde e seu condicionamento ao repasse financeiro poderiam inviabilizar o uso dessas medidas para indicar a participação da comunidade. No entanto, o resultado encontrado reafirma a manutenção dessas medidas, pois são altos os percentuais de descumprimento da normativa (A5).

O setor público é o maior prestador de bens e serviços à população, possuindo responsabilidades que dependem da qualidade, da agilidade e da localização desses serviços, no entanto ainda focaliza sua própria existência, deixando a qualidade em segundo plano, porém, quando se pretende administrar um serviço de saúde tendo como perspectiva a qualidade, deve-se focalizar o indivíduo e não a doença, provando que os indivíduos estão mais interessados na prevenção e promoção da saúde Assim, a atenção básica é considerada uma das colunas da organização do sistema de saúde, sendo o primeiro contato do usuário. As unidades de saúde da família estão inseridas no nível básico de atenção e apresentam potencial para resolver a maioria dos problemas, uma vez que não se restringem ao diagnóstico de uma doença e ao seu tratamento, mas realizam ações de prevenção e promoção da saúde <sup>8,9</sup>. Diante desses fatores, o planejamento da qualidade na atenção primária se faz necessário e deve ser fundamentado nos princípios doutrinários e organizativos do SUS, entretanto esses serviços não possuem mecanismos sistematizados e validados para seu monitoramento e avaliação (A7).

Sabe-se que a atenção primária é baseada em um modelo, visando ao cuidado longitudinal do indivíduo para a maioria dos problemas e necessidades em saúde, a atenção integral, a provisão de cuidados no contexto da família e da comunidade, assim como a coordenação dos diferentes níveis de atenção. A atenção primária, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), é uma das prioridades do Sistema Único de Saúde (SUS), com crescente comprometimento orçamentário do Ministério da Saúde para a mesma.

Em pesquisa realizada buscando comparar dos indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em uma amostra probabilística de adultos cobertos por plano privado, Estratégia Saúde da Família (ESF) e unidade básica de saúde (UBS) “tradicional” no Município de Belo Horizonte, salientam os autores que a maioria dos indicadores de uso de serviços de saúde apresentou melhor performance entre prováveis usuários regulares da ESF, em comparação aos residentes em área coberta pela UBS “tradicional”, e que somente um indicador de qualidade na percepção dos usuários – existência de filas – apresentou melhor performance entre os últimos em comparação aos primeiros. Além disso, a recomendação para outra pessoa dos serviços de saúde utilizados foi mais frequente entre prováveis usuários regulares da ESF e afiliados a plano privado de saúde, em comparação à UBS “tradicional” (A7; A8; A9).

Pesquisa realizada buscando apresentar um modelo de avaliação da gestão de recursos humanos na saúde, os autores destacaram que o indicador “empenho da gestão” identificou a pequena capacidade que os municípios tiveram em mobilizar os profissionais para participação em atividades promovidas ou articuladas pelo município. As capacitações são indispensáveis para a motivação dos profissionais e para a manutenção da qualidade dos serviços. Cabe à gestão municipal promover capacitações para seus trabalhadores ou buscar parcerias para sua viabilização, por meio da Política Nacional de Educação Permanente. A participação do município nas discussões da política de educação permanente na região representa um espaço importante para articulação de capacitações para os trabalhadores com recursos do Ministério da Saúde e, atualmente, uma responsabilidade da gestão quanto à condução da política em âmbito local por intermédio dos Colegiados de Gestão Regional (A11).

Corroborando, outro estudo que objetivou identificar que fatores produzem novas tendências no gerenciamento das unidades básicas de saúde e mudanças nos modelos de gestão. De acordo com os autores se faz necessário formular propostas em que o desenvolvimento de recursos humanos em saúde esteja alinhado às novas demandas da próxima década (A14).

O recrutamento, a seleção, o desenvolvimento e a avaliação dos gestores devem ser norteados por competências. Essas competências, por sua vez, devem estar alinhadas à missão, à visão, aos valores e ao modelo de gestão adotado, e devem ser revistas sempre que ocorrerem mudanças no macro e no microcenário. As necessidades atuais são outras, a realidade mudou e hoje não basta apenas ser indicado e querer ser gerente; é necessário ter formação e competências específicas para a função. Preparar indistintamente pessoas, seja como líderes, seja como administradores, não traz o resultado esperado, pois só se desenvolve uma competência quando ela já existe, e os programas de desenvolvimento de competências atuam apenas como apoio no seu fortalecimento (A14).

O gestor deve apresentar responsabilidade ética e social, ter visão sistêmica abrangente e de longo prazo, ter comunicação eficaz. Deverá saber negociar, gerir as mudanças e conflitos, desenvolver e aglutinar equipes, ter competência política, ser bom negociador, saber liderar e trabalhar com planos, ações e resultados (A14).

No estudo em que teve por objetivo analisar o acesso a partir da atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais de equipes de saúde da família de três municípios do Estado de Minas Gerais, os resultados apontaram que de um modo geral a organização dos serviços está vinculada à capacidade de gestão, o que confere planejamento, implementação e avaliação do serviço de saúde. Isso fica claro nas falas dos entrevistados, pois o estudo ocorre em três municípios distintos com conseqüente distinção na forma de gestão, o que se traduz nos relatos sobre organização do serviço, do próprio trabalho e da ESF em que estão

inseridos. A organização das equipes, dos serviços e do próprio trabalho mencionado pela maior parte dos profissionais entrevistados, não demonstra avanços significativos capazes de romper os paradigmas postulados pela histórica hegemonia curativa e tecnológica (A13).

Para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade é necessário estrutura, fluxos que sejam fixos e reconhecidos pela população, e pontos de atenção que se agreguem e articulem para dar continuidade e garantir a integralidade da assistência facilitando o acesso aos serviços (A13).

Para que o gerenciamento das UBS's seja de excelência, é preciso que o processo administrativo (planejamento, organização, direção e controle) esteja em constante estudo e análise, devido às mudanças encontradas nestas corporações, bem como considerando o estágio de desenvolvimento e crescimento da Atenção Básica no país, através do planejamento das ações para enfrentamento dos desafios internos e externos, oferecendo soluções positivas; da estruturação da empresa (física, material e humana); da delegação das obrigações, considerando os regulamentos, normas e parâmetros que visam uma gestão de qualidade com um enfoque biopsicossocial intermediado pela humanização da assistência; além da necessidade de controle holístico do ambiente de trabalho, fiscalizando os recursos humanos e materiais<sup>6</sup>. Portanto, a gestão em saúde é capaz de solucionar possíveis dificuldades conexas com a administração das UBS's (A20).

A necessidade de repensar o atual modelo de atenção centrado nas doenças para outro baseado na promoção da saúde e na integração dos serviços aponta as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como uma possibilidade de atenção mais abrangente, sendo uma proposta que merece maior atenção. A Gestão Estratégica, por sua vez, possibilita o envolvimento e o comprometimento de todos os colaboradores da instituição, desde a alta administração, gerentes e demais funcionários, no sentido de vislumbrar o futuro e preparar-se para ele. Na Gestão Participativa há a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão. Em outras

palavras, é um sistema que pretende eliminar a separação entre quem planeja, quem executa, quem gere, quem avalia, possibilitando maior integração entre as pessoas que são a razão de ser de uma organização (A22).

Nesta perspectiva, pode-se dizer que a qualidade da gestão municipal pode ser traduzida pela habilidade do gestor ao tomar medidas que reduzam o risco de doenças e de outros agravos e que torne universal e igualitário o acesso de cada munícipe às ações e serviços necessários para a promoção, prevenção e recuperação da sua saúde (A24).

Sabe-se que a análise da utilização dos serviços de saúde por meio de valores absolutos de consultas e procedimentos realizados não permite a descrição de dinâmicas locais, porém pode auxiliar na identificação de possíveis disparidades regionais e funcionais relacionadas à oferta e à demanda por serviços de saúde. Pode, ainda, fornecer pistas de iniquidades existentes, pois a utilização dos serviços de saúde é um processo complexo que resulta de um conjunto amplo de determinantes, abrangendo desde fatores de organização da oferta dos serviços até as características demográficas, econômicas, sociais e culturais dos usuários (A32).

A implantação dos sistemas locais de informação em saúde possibilitaria a organização dos municípios, que poderiam “subsidiar decisões administrativas, como priorização de recursos, localização e dimensionamento de unidades de saúde, estabelecimento de perfis profissionais dos recursos humanos e dos treinamentos e atualizações necessárias”. Esta estratégia, se implantada em consonância com os níveis estadual e federal, pode contribuir para a qualificação dos SIS no sentido de que estes tenham uma maior responsabilidade sobre os dados coletados e as informações geradas (A32).

### **5.3 A utilização da Atenção Primária sob a perspectiva de seu financiamento**

Passa-se a apresentar os resultados dos artigos selecionados que tratam da utilização da Atenção Primária sob a perspectiva de seu financiamento.

Em pesquisa que teve como objetivo estudar a sustentabilidade econômico-financeira do ESF em municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes segundo indicadores selecionados, considerando a região geográfica a que pertencem, porte populacional e a participação no Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (Proesf). Em resumo, há uma tendência de os municípios das regiões Sul e Sudeste se apresentarem de modo mais sustentável e contínuo: as mais elevadas médias para os indicadores “Participação da receita de impostos na receita total do município (PRIRT)”, “Percentual da receita própria aplicada na saúde (PRPAS)”, “Adequação à EC 29” e “Despesa potencial em saúde per capita (DPSPC)” são consistentes com a percepção geral de maior poder econômico destas regiões no país. Isto deve ser combinado ao conhecido fato de estas regiões terem também maior cobertura de planos privados de saúde. Logo, os recursos públicos são mais liberados para gastos com a população dependente do SUS (A6).

Em estudo similar, onde o foco analisar a condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil, no período de 2003 a 2008, os autores puderam verificar que em todas as regiões observa-se um crescimento a partir de 2003 nos valores *per capita* dos recursos federais para a atenção básica. Dentre as causas prováveis estão os reajustes dos principais incentivos da atenção básica e a criação de novos. As regiões que se destacam por apresentarem ao longo de todo o período os maiores valores per capita são Nordeste e Norte, que, além disto, são também as que apresentaram um aumento mais significativo a partir de 2003. A ocorrência desse aumento expressivo a partir de 2003 provavelmente foi devido ao reajuste dos valores do PAB fixo e variável e o financiamento diferenciado aos municípios mais pobres do país, que se concentram nessas regiões, visando à equidade. observou-se que grande parte dos recursos federais é destinada às ações de média e alta complexidades (A10).



Ao contrário do que ocorre com os recursos referentes à atenção básica, as transferências federais de média e alta complexidades privilegiam as regiões do país economicamente mais desenvolvidas (A10).

Em que pesem as iniciativas no período visando à equidade na destinação dos recursos da atenção básica, o combate às marcantes desigualdades regionais implicaria maior aporte de recursos e transformações mais substantivas no financiamento federal da saúde (A10).

Em pesquisa que buscou analisar a Atenção Primária em Saúde (APS) como estratégia para alcançar sistemas integrais e universais, os dados sobre gastos revelam tanto imprecisão conceitual sobre o que se considera APS como também modos distintos de registrar as informações ou compor o orçamento local. Esse aspecto é detectável nas informações das vigilâncias epidemiológica e sanitária, bem como nas subfunções alimentação e nutrição e ainda no suporte profilático e terapêutico, que incluem os gastos com medicamentos e vacinas. Os indicadores gerais e os sistemas de informação que possibilitam o monitoramento, o acompanhamento e a avaliação do SUS reproduzem igualmente a falta de uniformidade no trato das questões da APS – composição, funções e ações, dentre outros (A16).

Sabe-se que somente os gastos tributários vêm crescendo nominalmente por ano, em velocidade 10 a 20% maior que o crescimento nominal dos gastos do Ministério da Saúde. É o que se pode chamar de privatização por fora do SUS, isto é, o sistema privado externo ao SUS, que fatura nas mensalidades dos consumidores e nas subvenções públicas, e que falsamente proclama que alivia o SUS (A17).

Outro aspecto importante, diz respeito aos medicamentos. Em pesquisa que objetivou analisar o impacto da aquisição de medicamentos pelo consórcio CIS-AMMVI no desabastecimento e no custo dos medicamentos do componente da Assistência Farmacêutica Básica é essencial que se incorporem cada vez mais os modernos conceitos de logística de

materiais para evitar o desabastecimento de medicamentos devido a fatores internos, tais como planejamento inadequado ou emprego de ferramentas gerenciais ineficientes (A23).

Além disso, é necessário considerar o medicamento como um insumo diferencial durante o processo de licitação. A falta dele compromete o serviço de saúde e coloca em descrédito a gestão municipal de saúde (A23).

Em pesquisa que objetivou identificar a redução substancial nas internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), no Brasil entre 1998 e 2009. Os autores verificaram que essa queda ocorreu na maior parte das UFs e dos grupos de doenças/agravos, embora alguns tenham apresentado estabilidade ou mesmo acréscimo, exigindo atenção do setor saúde. Tais reduções precisam ser analisadas a partir da evidência de forte associação entre internações por CSAP e a rede de atenção primária em saúde. Menores taxas de internações por CSAP estão associadas com maior disponibilidade de médicos generalistas por habitantes na AP, melhor avaliação do serviço por parte do usuário, continuidade da assistência com o mesmo médico de família, maior número de consultas preventivas e regiões com centros de saúde. Independentemente da carga de doenças e da própria oferta de médicos, o melhor acesso à atenção primária está associado a menos internações por CSAP (A25).

Em pesquisa que buscou analisar a utilização de serviços de saúde sob a perspectiva de seu financiamento, os autores identificaram que a participação do SUS no financiamento dos atendimentos é predominante em todas as regiões do país, especialmente no Norte e Nordeste (onde ela cobre 71% dos mesmos). Ela se elevou consideravelmente em todas as regiões entre 1998 e 2003. Este fato pode estar relacionado à expansão do Programa de Saúde da Família, que se deu de forma mais acelerada no Nordeste e mais tardia no Norte e Sudeste. Em 2008, se observa uma queda na participação relativa do SUS, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste (A33).

Esse decréscimo do protagonismo do SUS entre 2003 e 2008 foi compensado pelo aumento da participação do gasto privado direto, em todas as regiões, mantendo-se a dos planos de saúde constante nesse período (A33).

Sabe-se que um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde e qualificar a APS para exercer a coordenação do cuidado e organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e forneça aos usuários do SUS respostas adequadas as suas necessidades. Os efeitos da globalização nas políticas de saúde são evidenciados pelo baixo patamar de financiamento público, persistência de segmentação no sistema, fraca integração dos serviços da Atenção Primária com outros níveis de atenção e acentuado processo de precarização do trabalho no setor saúde, particularmente nas formas de contratação das equipes da ESF (A27).

Neste cenário, com essa necessidade identificada pelo Ministério da Saúde de qualificar a avaliação da atenção primária em saúde pelos próprios serviços, uma melhor visualização dos dados da situação de saúde no território pode ser fundamental, como no caso das doenças crônicas (hipertensão e a diabetes), uma inversão do entendimento das condições de saúde na população e da prevalência da doença. Oportuniza definir com maior precisão, por exemplo, prioridades das famílias. Usar um modelo de distribuição espacial para variáveis individuais torna factível para os profissionais identificar áreas onde existe um risco aumentado para os indivíduos com doenças crônicas, o que pode ser um instrumento valioso que possibilite identificar e controlar fatores individuais. Esse modelo de distribuição espacial localiza com exatidão situações de saúde e pode-se propor ações direcionadas para as comunidades (A28).

No estudo onde os autores buscaram descrever as ações de regulação assistencial em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes de sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil, os resultados apontaram que os gestores municipais identificaram os serviços de atenção primária à saúde, de pronto-atendimento e de urgência e emergência como porta de entrada no SUS, corroborando os resultados de outros estudos. Entretanto, os gestores de 57% dos municípios de ambas as regiões também mencionaram o acesso direto ao SUS por meio de ambulatórios localizados em hospitais e de ambulatórios regionais de especialidades. Este achado evidencia a dificuldade dos municípios em realizar uma regulação criteriosa de modo a organizar a rede assistencial orientada pela Atenção Primária à Saúde, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (A29).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo tem como objetivo geral, através da revisão da literatura nacional tratar os aspectos conceituais sobre os custos das Unidades de Saúde e Atenção Básica no período de 2010 a 2014.

Após a leitura dos resumos, buscando responder ao objetivo, selecionou-se 33 artigos que tratavam do tema. Para tanto, criou-se categorias para a discussão, sendo estas: Sustentabilidade econômico-financeira das Unidades Básicas de Saúde; Atenção Básica e a gestão como fator de qualidade e por último a utilização da Atenção Primária sob a perspectiva de seu financiamento.

Durante todo o processo de elaboração do trabalho de pesquisa esteve presente uma questão relacionada ao desafio de verificar como se dá o direcionamento à AB/APS, no âmbito dos Estados brasileiros, no qual vigorasse a tentativa de superação do formalismo administrativo no processo de pactuação de metas e, principalmente, no que compete à incorporação da prática regular, articulada e eficiente do monitoramento e da avaliação de processos e resultados, (re)significando sua gestão. Todavia, cabia a tarefa de fazer emergir durante o processo investigativo, os elementos essenciais que poderiam servir de exemplo a serem incorporados ao cotidiano organizacional nos componentes relativos a sua estruturação e gestão, de maneira que fosse possível explicitar as condições que favoreçam o seu desenvolvimento pleno no que se refere a UBS/APS.

Os autores também destacam que a utilização de indicadores de saúde vem sendo bastante discutida no Brasil, principalmente após o processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro. Tais indicadores são produzidos de várias formas e níveis, servindo como um reflexo da situação geral e local. Entretanto, existe muita controvérsia sobre a qualidade destas informações, principalmente no que se refere à fidedignidade dos dados.

Mas há os que digam em suas publicações, que não devemos eliminar as possibilidades de transformação que se dão com a exposição das contradições que se efetuam no cotidiano das relações institucionais. Abrir a possibilidade da participação mais efetiva e eficaz daqueles que fazem a saúde (gerentes, analistas, profissionais que atuam na ponta do sistema e usuários), é propiciar um processo de educação permanente e de um real debate acerca das limitações que estão dadas e que precisam ser desconstruídas, mesmo que este não seja um processo tranquilo. São através das disputas travadas no cotidiano que se constroem e se viabilizam as condições para a superação dos entraves de caráter burocrático, oportuno ao centralismo administrativo.

Neste cenário, buscando responder a pergunta de pesquisa: qual é a importância do planejamento dos custos no contexto da atenção primária? Pode-se dizer que a perspectiva de uso de uma política de M&A - AB/APS, deve fugir da linha de simples construção e cobrança de metas a serem atingidas, mais que isso, deve estar aberta as construções de ordem coletiva com os diferentes sujeitos (individuais e coletivos) que nela atuam ou que por ela são afetados. Assumindo os riscos que um processo dessa ordem acarretará.

O reconhecimento da conveniência em se estimular à participação de diferentes atores na qualificação dos processos de trabalho no interior da organização, possibilita uma maior integração das ações, combinando a democratização institucional com capacidade operacional, estabelecendo responsabilidades compartilhadas e acima de tudo, o compromisso coletivo de preservação dos objetivos primordiais do SUS no âmbito da AB/APS.

## REFERÊNCIAS

ADDUM, Felipe Morais et al. Planejamento local, Saúde Ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 955-978, 2011.

AMARAL, Silvâni Maria Sehnem do; BLATT, Carine Raquel. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 799-801, Aug. 2011.

ANDRE, Adriana Maria; CIAMPONE, Maria Helena Trench; SANTELLE, Odete. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 158-163, Feb. 2013.

BARBOSA, Simone de Pinho; ELIZEU, Taniza Soares; PENNA, Cláudia Maria Mattos. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, Aug. 2013.

BERRETTA, Isabel Quint; LACERDA, Josimari Telino de; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2143-2154, Nov. 2011.

BOING, Antonio Fernando et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, Apr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual para organização da Atenção Básica. Secretaria de Assistência à Saúde. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS 2488 de 21 de 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 de Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012**. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal e para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0978\\_16\\_05\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0978_16_05_2012.html)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos: manual técnico de custos** – conceitos e metodologia. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 76 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CARVALHO BG et al. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 (7): 1453-1462, jul, 2014.

CASTRO, J. D. Instrumentos para a Avaliação Econômica dos Serviços de Saúde. 2002. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum\\_saude/forum\\_bibliografias/financiamentodosetor](http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/financiamentodosetor).

CASTRO, J. D.; MARINHO, M. Os custos do Programa de Saúde da Família de Porto Alegre - 1998 e 2002. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro, v.2, n. 8, p.298-306, jan/mar 2007.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, Apr. 2010

CASTRO, P. S. Aferição de custos em unidades básicas de saúde: revisão integrativa da literatura/ Paula de Sousa e Castro. – São Paulo, 2011. 138p.:il. [Dissertação de Mestrado].

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, Nov. 2012.

FALCÃO, SMR; SOUSA, MNA de. Gerenciamento da atenção primária à saúde: estudo nas unidades básicas. **Rev enferm UFPE on line**. 2011 ago; 5 (6): 1510-517.

FELISBERTO, Eronildo et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1079-1095 June 2010.

FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v.7, n. 22, p. 5 – 9, jan./mar. 2012.

GERHARDT, Tatiana Engel et al. Utilização de serviços de saúde de atenção básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em sistemas de informação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1221-1232, 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184 p.



- GOMES, Karine de Oliveira et al. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 881-892, 2011.
- HEIMANN, Luiza Sterman et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2877-2887, June 2011.
- LEMÕES, Marcos Aurélio Matos et al. Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 4, dez. 2013.
- LIMA-COSTA MF et al. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29 (7): 1370-1380, jul, 2013.
- MENDONÇA, Alessandra Félix. **O financiamento do Sistema Único de Saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso**. Instituto de Saúde Coletiva. 2012. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá: UFMT, 2012.
- MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, Aug. 2012.
- NICKEL, Daniela Alba et al. Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 30, n. 4, p. 839-850, Apr. 2014.
- OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013.
- PAIM, Jairnilson et al. Saúde no Brasil O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2012.
- PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. **Os fundos municipais de saúde: uma análise dos municípios das capitais brasileiras**. Dissertação de Mestre em Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília: UB, 2013.
- PIRES, Maria Raquel Gomes Maia et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1009-1019, June 2010.
- PORTELA, Gustavo Zoio; RIBEIRO, José Mendes. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1719-1732, Mar. 2011.
- PORTO, Silvia Marta; UGA, Maria Alicia Dominguez; MOREIRA, Rodrigo da Silva. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 -2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3795-3806, Sept. 2011.

RITTER, Fernando; ROSA, Roger dos Santos; FLORES, Rui. Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferenciamento dos sistemas de informação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2523-2534, Dec. 2013.

ROSA, Márcia Reis Rocha; COELHO, Thereza Christina Bahia. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1863-1873, Mar. 2011.

SAMPAIO, Juliana et al. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 279-290, Jan. 2011.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, Jan. 2013.

SCALCO, Sirlesia Vigarani; LACERDA, Josimari Telino de; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 603-614, Mar. 2010.

SCARATTI, Dirceu; CALVO, Maria Cristina Marino. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 446-455, June 2012.

TAMADA, Rosane Cristina Piedade; DA SILVA BARRETO, Maria de Fátima; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Modelos de gestão em saúde: novas tendências, responsabilidades e desafios. **Convibra**, UFSP, 2013.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, Dec. 2005.

VIEIRA, RS; SERVO, M.S.S. Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB) [Nota Técnica 16/2013-IPEA] – Brasília: 2013.

VOLPATO, Luciana Fernandes et al. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o desdobramento da Função Qualidade (QFD). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1561-1572, Aug. 2010.

