

FINANCIAMENTO PÚBLICO E MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO NOS ANOS DE 2008 A 2012

Mirella Cristina Bezerra de Melo

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE; Residente em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco - UPE, Recife (PE), Brasil; E-mail: mirella_cbm@hotmail.com

Tathiana Teles de Andrade Rocha

Bióloga formada pela Faculdade Frassinetti do Recife; Residente em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco - UPE, Recife (PE), Brasil.

Natália Nunes de Lima

Bacharel em Educação Física pela Escola Superior em Educação Física da Universidade de Pernambuco - UPE; Residente em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco - UPE, Recife (PE), Brasil.

Antônio Reldismar de Andrade

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB; Residente em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco - UPE, Recife (PE), Brasil.

RESUMO: O presente estudo aborda o financiamento público da saúde no Estado de Pernambuco e a sua conformidade com o modelo de atenção vigente no Brasil. Trata-se de um estudo descritivo, de cunho exploratório que teve como fonte de dados, secundária, o Sistema de Informação em Orçamento em Saúde (SIOPS). O objetivo foi verificar o financiamento no Estado de Pernambuco nas ações da atenção básica, média e alta complexidade, e se o mesmo vem obedecendo a lógica de mudança do modelo de atenção à saúde, pautado no incentivo ao crescimento e desenvolvimento da atenção primária como reordenadora da rede de serviços públicos de saúde. Os resultados permitem identificar que nos anos de 2008 a 2012, houve uma acentuada diferença entre o investimento na atenção básica e na assistência ambulatorial e hospitalar neste estado, sendo mais evidente a priorização do segundo bloco. O Estado de Pernambuco ainda não segue a lógica deste modelo de maneira adequada, pois os investimentos na média e alta complexidade permanecem maiores do que o investido na atenção básica.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Atenção Secundária à Saúde; Atenção Terciária à Saúde; Financiamento da Saúde.

PUBLIC FUNDING AND HEALTH ATTENTION MODEL IN THE STATE OF PERNAMBUCO, BRAZIL, BETWEEN 2008 AND 2012

ABSTRACT: Current analysis investigates the public funding of health in the state of Pernambuco, Brazil, and conformity with health attention model practiced. The descriptive and exploratory study was foregrounded on secondary data sources, namely the Information System in Health Budget (SIOPS). It aimed at verifying funding in basic, middle and high complexity attention in Pernambuco and whether it complies to the logic of change of model of health attention, based on growth and development of primary attention as re-ordering of the public health network. Results reveal that between 2008 and 2012 there was a great difference between investment in basic health attention and in clinical and hospital assistance, with special reference to the latter. The state of Pernambuco failed to follow the model adequately since investments in intermediate and high complexities were higher than those in basic attention.

KEY WORDS: First Attention to Health; Secondary Attention to Health; Third Attention to Health; Funding of Health Policies.

INTRODUÇÃO

Os modelos de atenção à saúde são definidos por Mendes (2010) como sistemas que organizam o funcionamento dos serviços, visando articular de forma singularizada as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas de acordo com os riscos, as formas diferenciadas de intervenção sanitária (que dependem da visão de saúde que prevalece, da situação demográfica e epidemiológica e também dos determinantes sociais da saúde que vigoram em determinada sociedade em determinado tempo) e os focos das intervenções do sistema de saúde.

O Brasil possui como característica marcante a predominância da assistência médica curativa e individual, concepção esta fortemente influenciada pelo modelo flexneriano. Este modelo foi consolidado em decorrência das recomendações apontadas por Abraham Flexner (1866-1959), baseado em um paradigma essencialmente biológico e quase mecanicista para o entendimento dos fenômenos vitais, gerando o culto à doença ao invés da saúde, o grande valor dado à tecnologia (tendo-a como o centro da atividade científica e de assistência à saúde), entre outras coisas (SCHERER et al., 2005).

Tal modelo de assistência à saúde não atendia às necessidades da população, traduzindo-se em ineficiência do setor, insatisfação, desqualificação profissional e iniquidades, logo o Ministério da Saúde, seguindo recomendações da Declaração de Alma-Ata (1978), formula o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS (1991), a partir de experiências de alguns Estados do Nordeste, com enfoque não mais no indivíduo, mas sim na comunidade. E, por volta de 1993, inicia-se a implementação do Programa de Saúde da Família - PSF, que nasce com o propósito de superação do modelo de assistência à saúde vigente, com o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

Incorporando o termo de atenção básica, considerado o primeiro nível de atenção à saúde, que deixa claro os princípios do SUS e suas diretrizes organizativas, se firmando no princípio da integralidade

com vista na articulação das ações em saúde voltadas à promoção, tratamento e reabilitação, o Programa Saúde da Família, desde quando foi criado trouxe uma forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde voltada aos indivíduos, famílias e comunidades (SOUZA; HAMANN, 2009). Dessa forma, desde o início de sua existência, esta estratégia é discutida como principal programa que visa à inversão do modelo de atenção à saúde havendo também divergências nesta proposição (TEÓFILO; SILVA, 2012).

A partir da criação desta estratégia, a União passou a priorizar a atenção primária, aumentando a transferência de recursos para o seu financiamento. Com o avanço do SUS, a União reduzia, gradativamente, o custeamento da saúde, enquanto os municípios ganhavam cada vez mais espaço no que se referia ao financiamento deste setor, como resultado do processo de descentralização, presente na Lei Orgânica da Saúde 8080/90 (MARQUES; MENDES, 2003). Esta lei, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), traz como uma de suas diretrizes a descentralização político-administrativa, enfatizando, sobretudo, a descentralização dos serviços de saúde para os municípios, bem como o financiamento das ações e serviços de saúde deste novo sistema.

Devido aos vetos que o então Presidente Fernando Collor de Melo realizou nesta lei, no que diz respeito ao investimento de recursos financeiros do SUS, em dezembro deste mesmo ano é aprovada a lei complementar 8142, dispendo sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros em saúde e o controle social. Ao longo dos anos, inúmeras portarias têm sido publicadas com o intuito de regulamentar as leis do SUS, principalmente no que diz respeito ao financiamento, gestão e planejamento (BRASIL, 1990).

As primeiras portarias criadas para orientar a operacionalização do SUS foram as Normas Operacionais Básicas (NOBs), publicadas nos anos de 1991, 1992, 1993 e 1996. Dentre estas, destaca-se a NOB 96, que tem por finalidade a consolidação do pleno exercício do papel de gestor da saúde por parte da esfera municipal. Esta norma também inicia a reordenação do modelo de atenção à saúde ao redefinir os papéis de cada esfera de governo no SUS (BRASIL, 1996).

No ano de 2000, foi promulgada a emenda constitucional 29, tornando mais específico e estável o financiamento da saúde. Foi preconizado por esta emenda que, em 2000, os recursos mínimos que

deveriam ser aplicados pela União nas ações e serviços de saúde deveriam ser o equivalente ao empenhado no ano de 1999, acrescido de, no mínimo, 5% (cinco por cento). Os Estados e Distrito Federal deveriam aplicar, minimamente, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação dos impostos e, para os municípios e Distrito Federal ficou destinada a aplicação de, no mínimo, quinze por cento do produto da arrecadação de impostos (BRASIL, 2000). Esta emenda foi regulamentada pela Lei Complementar 141/2012, que define quais são os serviços públicos de saúde que serão financiados pelos recursos dos três entes federados (CONOF, 2012), além de consolidar as questões relacionadas ao financiamento na referida emenda.

Entre 1980 e 1990, a União era responsável por mais de 70% do gasto público com saúde. Em 2000, este investimento diminuiu para 58,6%, e em 2008, esta participação caiu para 43,5%. Nestes mesmos anos, os estados investiram 20,2% no ano 2000 e 27,6% em 2008. Os municípios, nestes mesmos anos investiram, respectivamente, 21,2% e 29% (BRASIL, 2011).

Nos últimos anos, o investimento na atenção primária à saúde, por parte do Ministério da Saúde, aumentou consideravelmente, ao passo que os gastos com a média e alta complexidade diminuíram. Dos anos 1995 a 2004, os gastos com ações e serviços públicos de saúde destinados à atenção básica foram de 10,82% da despesa, e em 2004 esse investimento aumentou para 18,34%. A média e alta complexidade, por sua vez, obtiveram a sua participação relativa diminuída, sendo de 50,01% em 1995 e 48,34% em 2004 (BRASIL, 2011).

Assim, justificando o presente estudo, partindo da concepção da relevante co-responsabilização no financiamento das ações e serviços de saúde não só por parte da esfera federal e municipal, como também do governo estadual e relação com o modelo de atenção à saúde vigente, procurou-se verificar o financiamento do Estado de Pernambuco referente às ações da atenção básica, média e alta complexidade, e se o mesmo vem obedecendo à lógica de mudança do modelo de atenção à saúde, pautado no incentivo ao crescimento e desenvolvimento da atenção primária como reordenadora da rede de serviços. A escolha pelo Estado de Pernambuco se deu devido ao fato deste estado possuir uma rede

ampla de serviços de saúde, e por servir como referência nacional. Esta pesquisa ainda se justifica pelo fato de existirem poucas publicações acerca do tema.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de cunho exploratório que teve como fonte de dados secundária o Sistema de Informação em Orçamento em Saúde (SIOPS). O local de aplicação deste estudo foi o Estado de Pernambuco, localizado na região Nordeste do Brasil. O estudo contemplou o financiamento na rede de atenção à saúde no estado compreendendo os blocos de atenção básica e atenção especializada e hospitalar (média e alta complexidade). Foi efetuada uma busca nas bases de dados do SCIELO, LILACS e BIREME utilizando-se como critério os manuscritos que traziam a abordagem de temas referentes ao financiamento em saúde na atenção básica, secundária e terciária.

O Estado de Pernambuco apresentava um índice de desenvolvimento humano municipal considerado médio, equivalente a 0,673 no ano de 2010 (PNUD, 2013). De acordo com o censo demográfico de 2010, Pernambuco apresenta uma população de 8.796.448 habitantes e uma população estimada de 9.208.550 em 2013, possuindo uma densidade demográfica de 89,62 km² (IBGE, 2013). Seu território é dividido em 185 municípios, considerando o arquipélago de Fernando de Noronha. No que tange ao setor de saúde, o estado é subdividido em 11 Gerências Regionais de Saúde (GERES) (SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, 2013).

Em seu território, Pernambuco comporta uma ampla rede pública de serviços de saúde. Com relação à atenção primária, o estado possui 15.307 agentes comunitários de saúde e 1.976 Equipes de Saúde da Família, com uma estimativa de população coberta de 6.330.450 habitantes, além de 1.470 Equipes de Saúde Bucal. Sua Rede de Atenção Psicossocial é composta por 10 Consultórios de Rua, 48 Residências Terapêuticas, 82 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), incluindo CAPS infantil, álcool e drogas, regional e também as modalidades I, II e III; além de contar com hospitais de referência para usuários de álcool e drogas. No que se refere à

Rede Hospitalar, Pernambuco possui 16 hospitais em sua região metropolitana e um quantitativo semelhante de hospitais no interior do estado (SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, 2013).

O levantamento dos dados foi realizado através do SIOPS, levando-se em consideração os anos de 2008 a 2012, devido aos dados referentes ao bloco da atenção básica e da média e alta complexidade estarem disponíveis apenas a partir deste período. As análises descritivas foram apresentadas por meio de frequência. Os artigos utilizados para a discussão do estudo foram selecionados, nas bases de dados Scielo e Lilacs,

utilizando-se como critério os manuscritos que traziam a abordagem de temas referentes ao financiamento em saúde na atenção básica, secundária e terciária.

3 RESULTADOS

Nos anos de 2008 a 2012, observa-se uma acentuada diferença entre o investimento na atenção básica e na assistência ambulatorial e hospitalar no Estado de Pernambuco, sendo mais evidente a priorização do segundo bloco (Gráfico 1).

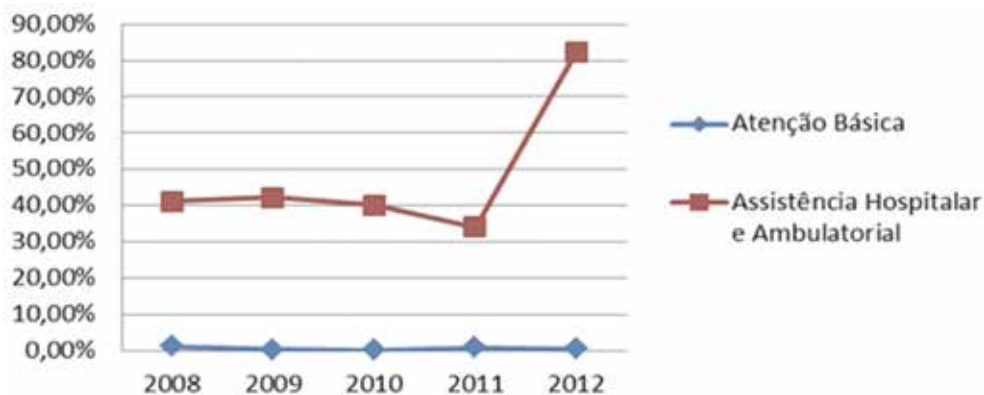


Gráfico 1. Indicadores de participação financeira do Estado de Pernambuco na Atenção Básica e Assistência Hospitalar e Ambulatorial de 2008 a 2012.

Fonte: SIOPS (2013)

Em 2008, o estado registrou no SIOPS (Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde) um financiamento de 1,29% para a atenção básica, o maior entre os cinco anos analisados, enquanto que, neste mesmo ano, para a assistência ambulatorial e hospitalar foram destinados 41,14%. No ano seguinte, observa-se uma diminuição importante do investimento na atenção básica (0,49%) e um discreto aumento deste na assistência ambulatorial e hospitalar (42,20%) (Gráfico 1).

No ano de 2010, a atenção básica obteve um recurso estadual de 0,30%, enquanto que o bloco da assistência ambulatorial e hospitalar recebeu 40,23% destes recursos. Posteriormente a este ano, o investimento na atenção básica aumentou e para a média e alta complexidade diminuiu, sendo destinados 0,90% de recursos para atenção básica e 34,09% na atenção secundária e terciária (Gráfico 1).

O ano de 2012 é o que apresenta uma maior disparidade entre os investimentos na atenção básica e

na média e alta complexidade, respectivamente 0,63% e 82,24%, sendo possível verificar que este último bloco de financiamento permanece com uma maior priorização quando comparado ao primeiro (Gráfico 1).

4 DISCUSSÃO

Analisando os referidos dados obtidos no SIOPS, é possível verificar um maior investimento no nível secundário e terciário em detrimento do nível primário pelo Estado de Pernambuco. Por sua vez, essa lógica de custeio da saúde contraria o que é preconizado pelo novo modelo de atenção à saúde, onde a atenção primária é a responsável pelo reordenamento do sistema de saúde.

Segundo Teixeira (2006 apud PAIM, 1994; TEIXEIRA, 1998, p. 28), de acordo com este modelo, a prestação de serviços deve estar voltada para a promoção

da saúde, prevenção de riscos e agravos, organizando a atenção de forma a incluir não apenas ações e serviços de saúde destinados aos problemas já instalados, mas, principalmente, as ações que incidem sobre suas causas, que interfiram no modo de vida dos sujeitos e dos seus grupos sociais.

Solla et al. (2007 apud BODSTEIN, 2002, p. 496) comentam que na última década, tem-se observado uma crescente expansão da atenção primária a saúde, sendo a Estratégia de Saúde da Família o seu marco. O investimento da esfera federal foi o principal indutor do desenvolvimento desta estratégia, além de uma pequena participação do nível estadual, conjuntamente com a reorganização da atenção básica e a ampliação das responsabilidades da gestão local.

Os municípios brasileiros foram, gradualmente, aumentando a sua participação no investimento em saúde ao longo dos anos, principalmente na atenção básica. Em 1993, por exemplo, enquanto a União contribuía com 72% dos recursos para a saúde pública e os municípios com 16%, em 2002 estes percentuais se alteraram para, respectivamente, 58% e 22%, enquanto que a contribuição dos estados era de 20% (SOLLA et al., 2007).

Em 1997, com a vigência da NOB/96, a participação dos recursos federais na saúde apresentou uma mudança importante. A União deixou de repassar os recursos diretamente para os prestadores de serviços e passou a priorizar a transferência destes para os municípios. Além disto, este ente deu início à priorização da atenção básica, aumentando gradativamente os recursos para o investimento deste bloco. Apesar disto, o financiamento do nível federal apresentava tendência de queda, ao passo que o nível local aumentava progressivamente este custeio, processo este resultante da descentralização do SUS (MARQUES; MENDES, 2003).

A criação do Piso da Atenção Básica, com repasse de recursos financeiros por critério populacional e suprimindo o pagamento por produção foi essencial para a ampliação da atenção básica. Este processo foi ainda aprimorado pela criação do PAB variável, que estabelece repasses pelo número de equipes de Saúde da Família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde ativos no município (OPAS, 2011).

Um estudo realizado por Solla et al. (2007) compara recursos federais destinados para a atenção básica e para a média e alta complexidade e observa que os da atenção básica representaram 18,6% do total gasto com o MAC em 1998, 27,1% em 1999, ficando em 32,6% e 35,6% entre 2000 e 2002. Em 2003 cresceu para 38,8%, em 2004 para 44%, em 2005 foi igual a 47,2%, ou seja, cerca de 50% dos valores aplicados em MAC.

Porém, mesmo com este crescimento do financiamento da atenção primária à saúde, segundo dados do Fundo Nacional de Saúde, os recursos repassados para a atenção básica obtiveram um aumento de 289%, enquanto as transferências para a Média e Alta Complexidade cresceram 375%, no período entre 2002 e 2009 (OPAS, 2011).

Observa-se que a União, e o Estado de Pernambuco, se encontram no oposto do que afirma Mendes (2009), de que sistemas baseados em uma forte atenção primária à saúde estão associados com melhores resultados sanitários para a população com relação a todas as causas de mortalidade, incluindo as causas específicas de mortes prematuras por doenças respiratórias e cardiovasculares. Além disso, os sistemas com forte atenção primária à saúde estão associados com maior satisfação das pessoas usuárias e com menor gasto agregado na atenção à saúde.

Ainda segundo o referido autor, estudos de hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial mostram que os sistemas baseados na atenção primária à saúde que asseguram acesso e primeiro contato, melhoram os resultados sanitários, beneficiam outros níveis do sistema e permitem reduzir internações por condições tais como angina, infecções urinárias, doença pulmonar obstrutiva crônica e infecções da garganta, ouvido e nariz. Pessoas que têm uma fonte regular de atenção primária à saúde durante sua vida estão mais satisfeitas com o sistema de saúde, apresentam menos hospitalizações e utilizam menos as unidades de emergência.

Historicamente, o modelo de atenção à saúde no Brasil tem como característica marcante a assistência médica curativa e individual, com o entendimento de que saúde é a ausência de doença. A implantação do SUS, com o seu ordenamento jurídico-institucional,

veio romper este paradigma, visto que este modelo flexneriano de atenção não supria as necessidades de saúde da população. Neste sentido, foram incorporados os princípios da universalidade do acesso, equidade e integralidade, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos de acordo com cada caso em todos os níveis de atenção, e a participação da comunidade (SCHERER et al., 2005).

Com o objetivo de se contrapor ao paradigma flexneriano, a Estratégia da Saúde da Família objetiva reorganizar a atenção primária no Brasil, com enfoque na expansão, qualificação e consolidação deste nível de atenção por favorecer a reorientação do processo de trabalho para aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, ampliar resolutividade e impacto na situação de saúde dos indivíduos e da coletividade, propiciando uma importante relação custo-efetividade e vem sendo concebida como parte maior de uma mudança no modelo de atenção à saúde, na medida em que se conjugue com mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade induzidas por políticas de regulação e controle (BRASIL, 2012; TEIXEIRA, 2006).

O Brasil possui uma característica bastante peculiar, devido ao modelo flexneriano que permaneceu vigente por muito tempo, que é a procura dos usuários pelo serviço de saúde, na maioria das vezes, quando se sentem doentes. Essa cultura da população brasileira tem uma forte influência também sobre o modo como os recursos são investidos na saúde. Ainda é possível observar uma superlotação nos serviços de média e alta complexidade, o que acaba por direcionar mais recursos para estes níveis.

5 CONCLUSÃO

De acordo com este estudo, apesar do redirecionamento que ocorre com o modelo de atenção à saúde no Brasil, o Estado de Pernambuco permanece com um maior investimento na média e alta complexidade em detrimento da atenção primária. Isto acaba por dificultar este acesso preferencial pela atenção básica, já que o

custeio das ações neste nível ainda é insuficiente.

O novo modelo prioriza a atenção básica como a principal reorganizadora da atenção à saúde, sendo a porta de entrada preferencial dos usuários e direcionando-os, conforme suas necessidades, para os demais níveis de atenção. Porém, como se pode constatar neste estudo, apesar do país direcionar-se para uma mudança de modelo centrado na doença para uma atenção mais integral onde o foco principal é a promoção da saúde e a prevenção de doenças, a lógica do financiamento permanece a mesma que prioriza o curativismo.

É preciso ressaltar que, apesar de haver uma mudança nesta lógica, a cultura dos usuários do sistema público de saúde ainda é bastante centrada na doença, o que acaba por requerer também um maior investimento na média e alta complexidade devido à superlotação destes níveis.

Os entes estaduais e federais devem prestar um maior apoio aos municípios, com o objetivo que estes possam adequar o custeio em saúde na nova lógica de atenção, priorizando a atenção básica sem que os outros níveis de atenção sejam prejudicados. É fundamental que haja um aprimoramento na efetivação da política de saúde e na educação popular, que oriente os usuários a optar primeiramente pelo atendimento na atenção primária, e informá-los que ela reordenará o seu fluxo de atendimento conforme as necessidades de cada indivíduo, pautada pelo princípio da integralidade e equidade.

Estudos na área são de extrema relevância para que possam ser feitas comparações entre o nível de investimento em saúde com outros municípios brasileiros, o que ficou inviabilizado neste estudo devido à escassez de pesquisas sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O financiamento da saúde**. Brasília: CONASS, 2011. v. 2, p. 142. (Coleção Para entender a Gestão do SUS).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

- BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de setembro de 1990.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 de dezembro de 1990, Seção 1 Página 25694.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 96**. Brasília: MDS, 1996.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 de setembro de 2000.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. ESTADOS @ -PERNAMBUCO. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pe>>. Acesso em: 29 jan. 2014.
- MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, jan. 2003.
- MENDES, E. V. "Agora mais que nunca": uma revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde. Belo Horizonte: [s.n.], 2009.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- NÚCLEO DE SAÚDE DA CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA DA CÂMARA DOS DEPUTADOS (CONOF/CD). **Regulamentação da Emenda constitucional Nº 29, de 2000 (Piso Constitucional de Aplicação em Saúde)**. Nota Técnica nº 014, 2012.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. (NAVEGADORSUS, 2)
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fundação João Pinheiro. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. [s.l.; s.n.], 2013.
- SCHERER, M. D. A. dos A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 53-66, set. 2004/fev. 2005.
- SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. **Gerências Regionais de Saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/rede-estadual-de-saude/gerencias-regionais-de-saude/>>. Acesso em: 22 jan. 2014.
- SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. **Sala de Situação em Saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/salasiswa/index.php>>. Acesso em: 22 jan. 2014.
- SOLLA, J. J. S. P. et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 4, p. 495-502, out./dez., 2007.
- SOUZA, M. F. de.; HAMANNAN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14 (Supl. 1), p. 1325-1335, 2009.
- TEXEIRA, C. F. **A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços**. Salvador: Ed. da UFBA, 2006.
- TEÓFILO, T. J. S.; SILVA, C. P. Reflexões sobre a estratégia saúde da família e o desenvolvimento de suas bases sócio-políticas, econômicas e técnico-científicas. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, p. 113-122, 2012.

Recebido em: 03 de abril de 2014

Aceito em: 08 de outubro de 2014