

O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA NA MACRORREGIÃO LESTE DO ESTADO DA BAHIA, DE 2010 A 2012

**Andrei Souza Teles¹, Milla Pauline da Silva Ferreira²; Márcia Reis Rocha Rosa³,
Thereza Christina Bahia Coelho⁴**

1. Bolsista CNPq, Mestrando em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: stdrei@hotmail.com

2. Bolsista PIBIC/FAPESB, Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: millapauline@hotmail.com

3. Mestre em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: marciareisrosa@yahoo.com.br

4. Doutora em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: tcuide@yahoo.com.br

PALAVRAS-CHAVE: Financiamento, Atenção Básica, Gastos em Saúde

INTRODUÇÃO

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição Federal de 1988 representou uma das maiores conquistas do povo brasileiro, por ser a primeira vez em que aparece na história das constituições do Brasil a inclusão da saúde como um direito de todo cidadão e dever do Estado, assegurado por meio de recursos públicos (BRASIL, 1988). Embora o SUS tenha garantido na legislação a assistência à saúde integral e gratuita, ainda prevalece o desafio de financiamento do sistema, devido, sobretudo, à escassez e uso errôneo dos recursos, e da mudança do modelo assistencial.

Em 1978, foi instituída com a Declaração de Alma-Ata a proposta da Atenção Primária de Saúde (APS), onde foi feito um pacto entre 134 países para aderir às novas práticas de saúde, ou seja, os cuidados primários à saúde. A APS é definida como uma estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde que integra ações preventivas e curativas com a utilização de tecnologias mais simples, mas capazes de resolver boa parte dos agravos à saúde dos indivíduos e comunidade (Matta & Morosini, 2006).

No Brasil, essa reorientação do modelo assistencial é denominada de Atenção Básica (AB), a qual instituiu em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) visando resgatar os princípios do SUS e melhorar o atendimento à população. A AB é tida como a porta de entrada do sistema de saúde e é caracterizada como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem desde a promoção à reabilitação da saúde, com equipes multiprofissionais responsáveis pelo desenvolvimento de vínculo e de um atendimento de forma integral aos usuários (Rodrigues, 2011).

O financiamento federal da AB se dá, em sua maior parte, via transferências de recursos financeiros da União para estados e municípios por meio do Piso da Atenção Básica (PAB), em dois componentes, um fixo e outro variável. O PAB fixo refere-se à definição de um valor *per capita* nacional, repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o municipal. O PAB variável diz respeito aos incentivos financeiros, onde o município recebe um valor acrescido caso desenvolva programas específicos, tais como: Programa de Agentes Comunitários (PACS), Programa de Saúde da Família (PSF), Saúde Bucal, entre outros (Ugá & Marques, 2005).

É inegável que houve uma efetiva expansão da rede assistencial da AB ao longo dos anos 90 graças aos incentivos financeiros decorrentes do PAB. No entanto, o processo de consolidação da AB tem enfrentado uma série de dificuldades, destacando-se: sua concretização como porta de entrada ao sistema; a necessidade de considerar as desigualdades regionais para alocação dos recursos; a influência dos diversos contextos políticos, econômicos e epidemiológicos na implantação da rede básica; além da não efetivação do controle social (Rosa & Coelho, 2011).

Dessa forma, faz-se imprescindível conhecer a alocação dos recursos para a Atenção Básica nos municípios brasileiros, visto que a disponibilidade de recursos equânime e eficiente é fundamental para a operacionalização de um sistema municipal de saúde. Assim, o objetivo do presente estudo é descrever a evolução do financiamento da Atenção Básica nos municípios da Macrorregião Leste do estado da Bahia, de 2010 a 2012.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza descritiva e comparativa, no qual se pretende descrever a evolução do financiamento da Atenção Básica através da análise das fontes de recursos referentes ao PAB fixo e variável e da razão entre PAB e população, encontrando-se o PAB *per capita*, dos municípios da Macrorregião Leste do estado da Bahia, no período de 2010 à 2012. A macrorregião escolhida, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) atualizado em 2011, é composta por 48 municípios divididos em quatro regiões de saúde: Camaçari, Cruz das Almas, Salvador e Santo Antônio de Jesus (Bahia, 2011).

Os dados foram coletados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS) e no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), disponíveis na internet. A partir da montagem do banco de dados, foi construída uma tabela com os valores do PAB fixo e variável para comparação entre os municípios e analisada a razão do PAB sobre a população.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Macrorregião Leste da Bahia recebeu um volume total de recursos federais destinados à Atenção Básica, no período de 2010 a 2012, de aproximadamente 589 milhões de reais, ou seja, em 2012 o gasto total foi quase 3,3 vezes o valor repassado em 2010 (em torno de 176 milhões). A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2012, que já presumia que o repasse dos recursos para o ano de 2012 seria quase 40% maior que o de 2010, ampliou o número de municípios que poderiam receber programas como o NASF, passando também a combinar a equidade para a alocação dos recursos (Brasil, 2012a).

Os dados apresentados na Figura 1 evidenciam o crescimento dos repasses federais para a Atenção Básica (PAB fixo e variável). Observa-se que em 2010 o valor total do PAB fixo foi de R\$ 83.070.920,80 sofrendo um aumento de aproximadamente 5,8% em 2011, e em 2012 esse valor subiu 10,3%. O PAB variável, por sua vez, que em 2010 já era maior que o PAB fixo apresentou elevação mais significativa nesse período, de 23,8%, quase 30 milhões de reais a mais que em 2010. No entanto, esses percentuais evidenciam que o aumento previsto pela PNAB não foi alcançado em sua totalidade.

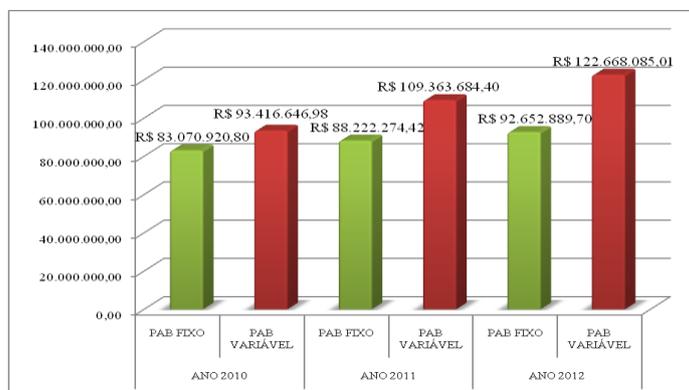


Figura 1 - Repasses financeiros federais para Atenção Básica (PAB fixo e variável) dos municípios de Macrorregião Leste da Bahia, 2010-2012.

Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS, 2013

A distribuição do PAB segundo a Região de Saúde está sintetizada na Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição do PAB fixo e variável segundo a Região de Saúde da Macrorregião Leste da Bahia, 2010-2012.

Região de Saúde	Ano 2010		Ano 2011		Ano 2012		Total (R\$)
	PAB fixo (R\$)	PAB variável (R\$)	PAB fixo (R\$)	PAB variável (R\$)	PAB fixo (R\$)	PAB variável (R\$)	
Salvador	61.564.244,00	39.181.961,94	63.169.224,37	49.634.040,23	64.348.225,40	53.729.050,28	331.626.746,22
Santo Antônio de Jesus	8.506.552,10	26.058.289,96	9.720.066,07	28.604.742,69	10.250.405,27	32.031.127,78	115.171.183,87
Camaçari	8.907.438,00	14.409.174,86	10.039.495,91	18.095.857,18	11.571.845,21	19.174.845,99	82.198.657,15
Cruz das Almas	4.092.686,70	13.767.220,22	5.293.488,07	13.029.044,30	6.482.413,82	17.733.060,96	60.397.914,07

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados no SIOPS, 2013

Comparando-se os valores repassados para a AB em cada Região de Saúde nos anos de 2010 a 2012, observa-se que a região de Salvador, composta por 9 municípios, foi a que recebeu um maior volume de recursos, correspondendo à R\$ 331.626.746,22, seguido pela região de Santo Antônio de Jesus com R\$ 115.171.183,87, com 22 municípios. Logo após tem-se Camaçari com apenas 6 municípios e gasto total de R\$ 82.198.657,15 e, por último, a região de saúde de Cruz das Almas com R\$ 60.397.914,07, composta por 9 municípios.

É importante destacar que o PAB variável apresentou um crescimento mais acentuado que o PAB fixo em todas as regiões de saúde. De 2010 a 2012, o aumento do PAB variável foi de, no mínimo, 3,9 milhões de reais na região de Cruz das Almas, alcançando uma elevação de, aproximadamente, 14 milhões na região de Salvador. Enquanto que o PAB fixo, no mesmo período, cresceu em menor proporção, em torno de 1 a 2 milhões de reais de um ano para o outro, na regiões de Santo Antônio de Jesus e Salvador, respectivamente. Essa tendência sugere que os municípios receberam importantes incentivos neste triênio, o que possibilitou uma maior implantação de programas como, saúde da família, saúde bucal, NASF, ampliando assim, a cobertura da Atenção Básica nessas regiões de saúde.

O Ministério da Saúde (MS) divulga ano a ano as portarias que definem o valor mínimo da parte fixa do PAB para o cálculo do montante de recursos, estabelecendo o valor mínimo por habitante a ser transferido para os municípios. Em 2010, a Portaria nº 3.170, de 19 de outubro de 2010 definiu o valor mínimo do PAB fixo por habitante de 18 reais, de acordo com a população do ano de 2009. Entretanto, encontrou-se que, dos 48 municípios, 19 (menos da metade) receberam o mínimo R\$ 18,00 *per capita* (Brasil, 2010), como previsto na portaria.

Já em 2011, o MS divulgou a Portaria nº 1.602, de 9 de julho de 2011, que determinou os valores mínimos por habitante dividido em quatro categorias: I- valor mínimo de R\$ 23,00 para os municípios com população de até 50 mil habitantes; II- R\$ 21,00 para os municípios com população entre 50 e 100 mil habitantes; III- R\$ 19,00 para os com população entre 100 e 500 mil habitantes; e IV- permaneceu em R\$ 18,00 para os demais municípios não contemplados nos itens anteriores (Brasil, 2011). A razão entre o PAB fixo e a população definida pela portaria evidenciou que 14 municípios (29,2% dos municípios) conseguiram receber 23 reais da primeira categoria, enquanto que apenas 2%, ou seja, um município alcançou o valor mínimo de 18 reais referente a última categoria. Para o ano 2012, a Portaria nº 953, de 15 de maio de 2012, o MS aumentou o valor mínimo *per capita* para os municípios em cada categoria citada anteriormente, estabelecendo os seguintes valores: I- o valor mínimo passa para R\$ 25,00 (vinte e cinco reais); II- R\$ 23,00 (vinte e três reais); III- R\$ 21,00 (vinte e um reais); e IV- R\$ 20,00 (vinte reais) (Brasil, 2012b). A partir da razão constatou-se que 23 municípios (47, 9%), do total de 48 da macrorregião em estudo atingiram as metas previstas pelas categorias acima.

Embora a distribuição dos recursos seja estabelecida *per capita*, os resultados descritos mostram que os municípios não têm recebido o valor mínimo por habitante como previsto nas portarias do MS. Os motivos que levam a essa desigualdade na captação de recursos ainda são obscuros. Dentre as possibilidades pode ter havido corte dos recursos por sanções ou atrasos nas transferências fundo a fundo que podem ter ultrapassado a competência do exercício financeiro. Situações estas que acabam por comprometer a gestão dos recursos, prejudicando assim, a saúde da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não obstante os importantes avanços no financiamento da Atenção Básica ao longo dos últimos três anos, por meio do aumento significativo dos repasses federais do PAB fixo e variável, pode-se inferir que a alocação dos recursos ainda necessita de maiores cuidados. Além das portarias que explicitam os critérios de transferência *per capita*, torna-se fundamental levar em conta a capacidade local de gestão na captação dessa fonte de recurso. Pois, mesmo o município tendo direito a determinada transferência, esta não se efetivou igualmente para todos. Faz-se necessário, portanto, que se efetive as redes de cuidado a partir da APS, bem como a superação dos fatores que culminam nas desigualdades de alocação, para que assim a Atenção Básica se torne, de fato, a porta de entrada dos sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS

- BAHIA. 2011. Secretaria de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde/Bahia*, Disponível em: <www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/PDR_POP2009_atualizado18-06-2012.pdf>. Acesso em: 23 de ago de 2013.
- BRASIL. 1988. *Constituição (1988)*. Brasília, DF, Seção I Da Saúde.
- BRASIL. 2010. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.170, de 19 de outubro de 2010. Atualiza a base populacional utilizada para o cálculo do montante de recursos do Piso de Atenção Básica – PAB. Diário Oficial da União (DOU). Brasília, DF, 20 outubro de 2010; Seção 1:62.
- BRASIL. 2011. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.602, de 9 de julho de 2011. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB). Diário Oficial da União (DOU). Brasília, DF, 11 julho de 2011; Seção 1:50.
- BRASIL. 2012a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília : Ministério da Saúde, 110 p.
- BRASIL. 2012b. Ministério da Saúde. Portaria nº 953, de 15 de maio de 2012. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB). Diário Oficial da União (DOU). Brasília, DF, 16 maio de 2012; Seção 1:33.
- BRASIL. 2013. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Homepage do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS*. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 23 de ago de 2013.
- MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria_a_Saude_-_recortado.pdf. Acesso em: 23 de ago de 2013.
- RODRIGUES, C. R. F. 2011. Do Programa de Saúde da Família à Estratégia Saúde da Família. In: AGUIAR, Z. N. (Org.). *SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 1 ed., São Paulo: Martinari, p.71-94.
- ROSA, M. R. R.; COELHO, T. C. B. 2011. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3):1863-1873.
- UGÁ, M. A.; MARQUES, R. M. 2005. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). *Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 193-233.