

# **FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL: do piso da atenção básica à remuneração por desempenho**

*Mirceli Goulart Barbosa  
Angelo Pagot Zortea  
Fernanda Monte da Cunha  
Thais Chiapinotto dos Santos  
Daniela Tozzi Ribeiro  
Deisy Tolentino do Nascimento  
Jeanice da Cunha Ozorio  
Aline Vargas Ferreira  
Alcindo Antônio Ferla*

## **Introdução**

A Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecendo, através de seu artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Estabelece, ainda, que as ações e os serviços de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada de acordo com as diretrizes de descentralização, integralidade e participação social,

sendo para isso financiada com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados e dos municípios, além de outras fontes. (BRASIL. ASSEMBLÉIA NACIONAL CONSTITUÍTE, 1988)

Neste capítulo, buscamos sistematizar as principais disposições normativas e sua real ou potencial influência na organização da atenção básica, seja no financiamento ou na indução de mudanças organizacionais.

Os preceitos das legislações que regulamentam o SUS, principalmente a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, além de outros critérios, dispõem sobre a transferência intragovernamental de recursos financeiros para a saúde. Nestes, fica estabelecido que, em relação ao financiamento do SUS, o orçamento da seguridade social destinará os recursos necessários à realização de seus propósitos com a participação da Previdência Social e da Assistência Social a partir das metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias. (BRASIL, 1990a) Além de determinar que os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão designados como despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde (MS); em investimentos previstos em lei orçamentária e no Plano Quinquenal do MS; e na cobertura das ações e dos serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal. (BRASIL, 1990b) Essas disposições não têm sido suficientes para garantir os recursos necessários ao regular o funcionamento do SUS e para a necessária expansão da cobertura e satisfação das demandas.

A institucionalização do SUS é um processo no qual a diretriz de descentralização das ações e dos serviços vem permeando as discussões relacionadas ao financiamento da política de saúde. Dessa forma, com o objetivo de disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e dos

serviços de saúde, editam-se, no período de 1991 a 1996, as Normas Operacionais Básicas (NOBs). Neste capítulo, cabe destacar as mais relevantes para o financiamento da saúde, a NOB 01/93 e a NOB 01/96, sendo esta última de suma importância para o financiamento da atenção básica (AB).

Editada pela Portaria GM/MS 545, de 20 de maio de 1993, a NOB 01/93, mesmo dando maior ênfase ao financiamento da assistência ambulatorial e hospitalar, teve sua importância no pressuposto de demarcar a descentralização aos três níveis de governo: nacional (Comissão Intergestores Tripartite – CIT e Conselho Nacional de Saúde); estadual (Comissão Intergestores Bipartite – CIB e Conselho Estadual de Saúde); e municipal (Conselho Municipal de Saúde). Também buscou estabelecer os diferentes níveis de descentralização das esferas federativas através das condições de gestão: (i) municípios- incipiente, parcial e semiplena; e (ii) estados -parcial e semiplena. (BRASIL, 1993)

Segundo Scatena e Tanaka (2001), o diferencial dessa NOB para as anteriores, em relação ao financiamento da saúde, é que os municípios em gestão semiplena puderam adequar os recursos às suas realidades e necessidades de saúde, pois através desse formato de gestão puderam ter maior autonomia sobre o pagamento dos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares tanto públicos quanto privados. Dessa forma, a NOB 01/93 habilitou os municípios como gestores, retomando, gradativamente, o processo de descentralização do SUS e introduzindo estímulos para que estados e municípios fossem adquirindo autonomia na gestão da rede assistencial no seu âmbito de governo. (UGÁ et al., 2003)

Porém, para promover a efetiva descentralização dos serviços e ações de saúde, foi editada a NOB 01/96 – Portaria 2203, de 6 de novembro de 1996, que preconizava a

reordenação do modelo de atenção à saúde, pois redefiniu: os papéis de cada esfera de governo; os instrumentos gerenciais para que municípios e estados assumissem seus respectivos papéis de gestores do SUS; os mecanismos e fluxos de financiamento (ampliando as transferências fundo a fundo); a prática de acompanhamento, controle e avaliação do SUS; e as condições para a efetivação do controle social. (BRASIL, 1996)

Ficaram estabelecidos, a partir dessa NOB, dois tipos de gestão municipal. Os municípios com gestão plena da AB, os quais ficam responsáveis pela oferta das especialidades básicas, pela gestão das unidades básicas de saúde e pelas ações de vigilância sanitária e epidemiológica. O município passa a receber integralmente os recursos destinados à AB e tem autonomia para aplicá-los. E os municípios com gestão plena do sistema de saúde, os quais, além das ações de AB, têm autonomia de gestão dos serviços de média e alta complexidade. (VASQUEZ, 2011; MELAMED; COSTA, 2003)

A NOB 01/96 priorizava a alteração do modelo de atenção, pois, particularmente, determinava o incentivo ao Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao Programa Saúde da Família (PSF), considerados, pelo MS, estratégias prioritárias para o fortalecimento da AB, segundo os princípios e diretrizes do SUS. (CASTRO; MACHADO, 2010) Porém, um dos pontos mais relevantes dessa NOB, em relação ao financiamento da AB, foi a criação do Piso de Atenção Básica (PAB).

O estímulo dado pela NOB 01/96 à implantação do PSF foi significativo: segundo dados de um estudo realizado por Marques e Mendes (2002), o número de equipes de saúde da família cresceu de 1.623, em 1996, para 3.147, em 1998, ocorrendo, de certa forma, um fortalecimento do processo de descentralização e de expansão da AB.

Contudo, é importante salientar que a implantação efetiva do PAB ocorreu apenas no ano de 1998, após dois anos da sua criação, instaurando a modalidade de transferência per capita de recursos federais para os municípios.

### **Piso da atenção básica**

Conforme a Portaria GM 1882, de 18 de dezembro de 1997, o piso da atenção básica consiste em recursos destinados exclusivamente à AB, transferidos aos municípios de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. (BRASIL, 1997) Sendo composto de uma parte fixa e de uma parte variável. Dessa forma, esse novo mecanismo dissocia o faturamento dos serviços de saúde de seu financiamento. (MELAMED; COSTA, 2003)

“O PAB representou iniciativa orientada para a redução da desigualdade, na medida em que rompeu com a lógica dominante de alocação de recursos— pagamentos por procedimentos— pelo menos para a AB.” (MACHADO; FORTES; SOMARRIBA, 2004, p.101) Anteriormente à NOB 01/96, quanto maior fosse o número de estabelecimentos hospitalares, ambulatoriais e postos de saúde, maior seria a possibilidade de o gestor municipal receber recursos do SUS devido ao faturamento de consultas e procedimentos realizados. Perpetuava-se, assim, um modelo assistencial com pouca ênfase na prevenção de agravos e na promoção à saúde. (COSTA; PINTO, 2002; MELAMED; COSTA, 2003)

A implementação do PAB está diretamente associada ao desenvolvimento de um novo modelo assistencial. De acordo com Costa e Pinto (2002), o recurso do PAB chegando diretamente aos municípios mais carentes, com maior déficit de atendimento básico e com uma rede de

serviços de menor complexidade, poderia provocar um forte impacto na qualidade da assistência. Promoveria, dessa forma, uma mudança gradual no modelo de atenção à saúde. O financiamento específico gerou ampliação e visibilidade à atenção básica nos sistemas municipais de saúde.

Em suma, conforme Costa e Pinto (2002, p.909), o PAB trouxe algumas inovações importantes:

Alocação de uma parcela dos recursos federais voltados para o custeio de determinados procedimentos na rede pública de saúde; incentivo ao desenvolvimento de ações e procedimentos de atenção básica e de medidas de promoção e prevenção em saúde; reorganização da AB com possível melhoria tanto nas condições de acesso, como na qualidade do atendimento prestado, especialmente visando aos municípios e às populações praticamente sem acesso aos serviços de saúde no começo da década de 1990; indução de gradativa mudança no modelo assistencial com o desenvolvimento de programas inovadores, como o caso da Saúde da Família; definição de um conjunto de indicadores de processo e resultado para avaliação do impacto na qualidade da atenção associado ao PAB.

O piso de atenção básica está dividido em (i) PAB fixo<sup>1</sup>, no qual são realizados repasses automáticos com

<sup>1</sup> Para a definição do PAB fixo, adotou-se uma distribuição de municípios em quatro grupos, mediante uma pontuação entre zero e dez, com base em indicadores selecionados segundo cinco critérios socioeconômicos: PIB per capita; percentual da população com plano de saúde; percentual da população com Bolsa Família; percentual da população em extrema pobreza; e densidade demográfica. (BRASIL, 2011)

base em um per capita anual previamente fixado e que a partir do ano de 2003 leva em conta os parâmetros descritos no Quadro 1; e (ii) PAB variável, que é constituído de diferentes incentivos, dependendo da contratualização em determinados programas do Ministério da Saúde. Importante salientar que, no ano de 2006, foi estabelecido nas diretrizes dos Pactos pela Vida e de Gestão que o somatório do PAB fixo e variável comporia o Teto Financeiro do Bloco de Atenção Básica. (BRASIL, 2006)

**Quadro 1** - Parâmetros do valor mínimo para o PAB fixo de acordo com as características dos municípios.

Valor mínimo PAB fixo per capita	Características dos municípios
R\$ 28,00	Grupo I- Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes.
R\$ 26,00	Grupo II- Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,40, e população de até 100 mil habitantes; e Municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes.
R\$ 24,00	Grupo III- Municípios com pontuação entre 5,40 e 5,85, e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,40 e população entre 100 e 500 mil habitantes.
R\$ 23,00	Grupo IV e Distrito Federal- Municípios não contemplados nos itens anteriores.

Fonte: Portaria 1409, de 10 de julho de 2013. (BRASIL, 2013a)

Em relação ao PAB fixo, os repasses federais<sup>2</sup> estão condicionados à municipalização da AB e a regulação está condicionada à descrição do que ofertar no atendimento básico, cabendo ao gestor municipal definir como aplicar esses recursos, pois não há regras sobre a forma de oferta. (VAZQUEZ, 2011) Com a finalidade de diminuir a desigualdade entre os municípios, a partir da Portaria 1408, de 10 de julho de 2013, o incentivo destinado às Especificidades Regionais<sup>3</sup> passou a ser incorporado aos

<sup>2</sup> Cabe salientar que apenas a partir do ano de 2012 a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 (BRASIL, 2000), estabeleceu os percentuais mínimos de gastos na saúde pelos entes federativos, regulamentados pela LC 141/2012. Sendo assim, a União deve aplicar em saúde o valor do exercício anterior mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior ao da lei orçamentária anual (LOA), não ocorrendo diminuição se houver uma variação negativa do PIB; os estados, 12% da receita líquida; e os municípios, 15%. (BRASIL, 2012a) Mais importante que definir os percentuais mínimos de cada ente federativo, como discute Zortea (2013), a regulamentação através LC 141/2012 delimitou quais tipos de gastos entram nesse cálculo, ou seja, o que é considerado gasto em saúde. Muitos com implicação sobre a atenção básica, com destaque para: vigilância em saúde, epidemiológica e sanitária; atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade; capacitação do pessoal de saúde do SUS; investimento na rede física do SUS; remuneração de trabalhadores ativos nas ações estabelecidas na LC141/2012. Também o que não pode ser definido como tal, por exemplo, o pagamento de ativos em áreas de atividade alheias e o pagamento de inativos. (BRASIL, 2012a)

<sup>3</sup> Trata-se de recursos transferidos com o objetivo de responder a especificidades de municípios, populações ou situações que exigem maior aporte de recursos, mas que não são devidamente contemplados nos demais componentes do Bloco AB. Os municípios podem receber um recurso complementar aos demais componentes do Bloco AB relacionados ao enfrentamento de especificidades geradoras de iniquidade: municípios mais pobres, com piores indicadores e maiores necessidades; municípios com maiores dificuldades de atração e fixação de profissionais e municípios isolados ou com problema de acesso; qualificação da atenção a populações sazonais, rurais, quilombolas, tradicionais, assentadas, isoladas; projetos cuja implantação se dá mediante adesão e estão ligados ao enfrentamento da iniquidade por meio de ações de educação permanente, fortalecimento, modernização

recursos do PAB fixo. (BRASIL, 2013b)

Já no que diz respeito ao PAB variável, os repasses federais estão condicionados a programas específicos por ele ofertados, fazendo com que os vários programas federais direcionados à AB passem a ser fontes adicionais de receitas municipais. Segundo Lima e Andrade (2009), o PAB variável, no ano de 2005, assegurou significativa redistribuição de recursos para a AB, privilegiando municípios situados em regiões mais carentes. Porém, não foi suficiente para romper com as desigualdades inter e intrarregionais, nem com a situação desfavorável dos municípios com até 200 mil habitantes.

Os recursos ligados ao PAB variável estão intimamente ligados à capacidade de adesão dos municípios às regras estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Para Marques e Mendes (2003), na medida em que os recursos eram vinculados a programas e estratégias específicas, o gestor municipal só receberia tais recursos se implantasse esses programas, podendo, dessa forma, não corresponder às necessidades locais dos municípios. Entretanto, para Machado, Fortes e Somarriba (2004), ao contemplar, por meio de incentivos, estratégias e programas que focalizam grupos ou populações de risco (Estratégia de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Combate a Carências Nutricionais, etc.), o PAB variável, teria maior potencial redistributivo, já que acarretaria alocação de mais recursos para municípios que apresentem maiores necessidades de saúde relacionadas à AB.

O que não podemos deixar de mencionar é o fato de que o PAB variável estimulou os municípios a incorporarem programas que lhes acrescentam receita financeira,

e qualificação da gestão, implantação de ações e alternativas que enfrentem entre os municípios iniquidades ligadas a qualquer um dos temas citados ou outros. (BRASIL, 2012b)

fazendo, dessa forma, uma indução da política nacional de saúde relacionada à AB. (MENDES; MARQUES, 2014)

As transferências condicionadas aos programas e estratégias buscaram conquistar a participação dos municípios com repasses mais generosos no início da implantação do PAB variável, fazendo com que a perspectiva de uma fonte adicional e, principalmente, estável favorecesse a descentralização das ações de saúde relacionadas à AB. (VAZQUEZ, 2011)

Todavia, nos anos seguintes, pode-se observar que, em relação ao PAB fixo, o crescimento real dos repasses ficou aquém do esperado, pois, de 1998 a 2002, esse valor não teve aumento, apesar de a inflação acumulada ter atingido 26% no período, de acordo com o Índice de Preços ao Consumidor (IPCA). (PINTO; KOERNER; SILVA, 2012) Apenas a partir do ano de 2003, o Ministério da Saúde estabeleceu uma estratégia para correção progressiva do PAB fixo. (SOLLA et al., 2007) E em relação ao PAB variável, o crescimento dos repasses apenas acompanhou a expansão da oferta dos serviços de saúde. (VAZQUEZ, 2011; VAZQUEZ, 2014)

Dentre os recursos destinados ao PAB variável, destacam-se os seguintes programas: Saúde da Família; Agentes Comunitários da Saúde; Saúde Bucal; Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Consultórios na Rua; Programa Saúde na Escola; Saúde da Família– fluviais e ribeirinhas; Atenção Domiciliar; Microscopistas; Academia da Saúde; Fator de Incentivo de Atenção Básica a Povos Indígenas; Incentivo para Atenção à Saúde Penitenciária; Programa de Gestão do Atendimento Básico; Programa de Farmácia Básica; Combate a Grandes Endemias; Programas de Saúde da Mulher; e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Esse último, denominado de Componente de Qualidade do PAB variável, será discutido mais amplamente, logo abaixo.

### **O componente de qualidade do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela Portaria 1654, de 19 de julho de 2011, traz consigo a criação do chamado “Componente de Qualidade” no PAB variável. A importância dessa nova modalidade de financiamento é traduzida por Pinto, Koerner e Silva (2012, s.p.): “Ele garantiu aumento do repasse de recursos em função da contratualização de compromissos e do alcance de resultados na concretização dos mesmos, tendo como referência padrões de acesso e qualidade pactuados de maneira tripartite.”

Assim, inova nas políticas de financiamento do Ministério da Saúde, principalmente quanto aos incentivos às políticas de atenção básica, pois traz consigo dois tipos: o tradicional incentivo indutor à implementação das políticas e um incentivo à melhoria gradual da assistência. O financiamento, nesse caso, é proposto como uma dupla finalidade: manter ações e serviços e induzir mudanças progressivas nos padrões de qualidade a partir do desempenho dos serviços.

O primeiro tipo de incentivo se dá a partir da fase inicial do programa, chamada de “Adesão e Contratualização”, dado que a Equipe de Atenção Básica (EAB) passa a receber 20% do montante previsto através da contratualização ao programa, que, segundo seu manual instrutivo (BRASIL, 2012c), tem repasse mensal, a partir da competência do mês de homologação. Nessa fase, a EAB e os gestores de saúde do município firmam um termo de compromisso com o Ministério da Saúde e, formalmente, passam a fazer parte do PMAQ-AB.

Sob a mesma lógica de indução à participação das políticas do MS, que conduziu as estratégias de atenção básica que analisamos até esse momento, é importante destacar a também presente livre-adesão ao programa de saúde, que pauta a existência dos incentivos. Não obstante, para além desse traço, o PMAQ-AB agrega a particularidade de dispor como agente central a equipe de saúde, uma vez que, sem sua assunção e conseqüente participação nas próximas fases, o programa simplesmente não ocorreria. Assim, é a EAB, e se houver vinculada uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) e/ou um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que dá a tônica ao programa: é preciso a adesão da equipe, que será objeto da avaliação, e seu desempenho implicará um aumento no orçamento de saúde municipal. A EAB, em si, constitui-se, então, um potente agente transformador da atenção à saúde da população.

Cunha et. al. (2013) também destacam esse fortalecimento do papel da equipe, de maneira especial na primeira fase do programa, possibilitando um aumento do poder de barganha através da negociação com o gestor municipal.

O artigo de Pinto, Sousa e Florêncio (2012, s.p.) chama a atenção para a participação dos diversos agentes nesse processo, desde os gestores até os usuários e levanta a ideia da contratualização por equipe como um instrumento concreto do “reconhecimento intersubjetivo dos indivíduos que devem se responsabilizar pelo conjunto de ações capazes de promover a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica.”

Essa característica voluntária que o PMAQ-AB adota entra como variável importante no desenho dos incentivos, pois se mostra como um indicativo da vontade de melhorar dos agentes. Além de colocar em foco diversos atores no processo e evidenciar o papel da equipe de saúde, o PMAQ-

AB propõe uma série de ferramentas para servirem como apoio a melhorias nos processos de trabalho. Utilizando os termos de Pinto, Sousa e Florêncio (2012, s.p.), o programa propõe “movimentos”: “Merece destaque a tentativa do Programa de constituir movimentos de implicação e dispositivos de gestão colegiada que possam gerir a mudança.”

Tais proposições se concentram na segunda fase, chamada de “Desenvolvimento”, com ações de autoavaliação; apoio institucional; educação permanente em saúde e monitoramento de indicadores. Apesar de as quatro estratégias serem contempladas no questionário da fase mais importante do programa, a nosso ver, a avaliação externa, o monitoramento de indicadores e a autoavaliação são as que possuem mais forte incentivo. Isso porque individualmente compõem de maneira significativa a nota final: 20% quanto ao desempenho nos indicadores monitorados; 10% para a autoavaliação; e o restante (70%) na avaliação externa.

Se levarmos em conta o fato de como a autoavaliação é utilizada para a nota, fica evidente que se trata de uma proposta à sua institucionalização. Da maneira que entra de forma binária, realizou-se ou não, o produto em si não é levado em conta, como observado por Moraes e Iguti (2013). Assim, dentro da ideia de “produção de movimentos”, insere-se como elemento instigador à realização dessa prática gerencial baseada nos conceitos da autogestão de organizações.

Para tal, o PMAQ-AB adota o instrumento AMAQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), proposto a ser usado pelas equipes. No entanto, não é obrigatório o uso desse instrumento, mas, como apontam Moraes e Iguti (2013), é útil, pois nele já está definida uma parte dos padrões de qualidade à

avaliação externa. Mas é necessário que haja autoavaliação sistemática nas equipes.

A etapa do Monitoramento compõe, junto com a Avaliação Externa, o “padrão de qualidade” proposto pelo programa, já que compara o desempenho da equipe a parâmetros de indicadores preestabelecidos. Apesar do caráter vertical na determinação desses parâmetros diante de diferentes realidades de saúde, estes consistem no estabelecimento de referências para o atendimento, nas palavras de Pinto, Sousa e Florêncio (2012, s.p.): “O chamado “padrão de qualidade” é uma declaração de qualidade esperada e expressa afirmativamente o sentido da política produzida nos espaços tripartite de governança do SUS.” Os autores destacam-nos como a busca da afirmação dos princípios do sistema de saúde e a superação de realidades na atenção básica não desejadas, que fogem a eles.

Além do percentual de 20% que compõe o incentivo à adesão, este pode variar de forma positiva ou negativa, dependendo do desempenho alcançado nas fases que compõem a certificação final da equipe. Uma vez formada a nota final da EAB, esta é normalizada junto com as notas de outras equipes de saúde, estabelecendo grupos na distribuição.

O mais baixo, “Insatisfatório”, no qual ocorre a suspensão do repasse financeiro, é reservado somente a equipes que não cumpram o requisito mínimo para o programa. Assim, são três grupos de fato. Como mostra o Quadro 2, para 50% das equipes com o menor desempenho, o percentual de 20% se mantém. Com isso, o repasse financeiro que tange sobre a avaliação da EAB tende a aumentar. Pois, caso a nota da equipe se localize na curva gaussiana no terceiro grupo, que abrange 34% das equipes, o repasse sobe para 60% do valor. Já o último grupo, composto por 16% das equipes, que têm as melhores notas, passa a receber 100%.

**Quadro 2** – Grupos e percentuais do componente de qualidade do PAB Variável

Grupo	Percentual das equipes	Percentual do componente de qualidade
Insatisfatório	-	-
Mediano ou Abaixo da Média	50%	20%
Acima da Média	34%	60%
Muito Acima da Média	16%	100%

Fonte: Brasil (2013c), Brasil (2013d).

Apesar da oportunidade do aumento do repasse, a normalização leva ao estabelecimento obrigatório de grupos distintos na distribuição, como levantado por Moraes e Iguti (2013). Porém, de caráter diferente ao apontado pelos autores, por não ser mais a partir da média e dos desvios-padrão, dadas as alterações ocasionadas pela Portaria 1063/2013. Mesmo assim, é na diferença entre as notas das equipes de saúde que se dá o aumento do percentual repassado.

Com o uso da normalização, percebe-se o reconhecimento prévio de diferentes realidades no acesso e na qualidade da atenção básica e a premiação se dá no sentido meritocrático, a partir dos indicadores avaliados das equipes que melhor os realizam. Esse se constitui no cerne do novo tipo de incentivo que o PMAQ-AB traz consigo, isto é, o incentivo para que os diversos agentes envolvidos busquem melhorar a assistência à saúde da população. Se esta for alcançada, serão retribuídos por isso.

Para que os incentivos façam efeito, é preciso que atinjam os agentes. O PMAQ-AB prevê a transferência do valor fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde para o

Municipal. Dessa forma, o recurso entra para o todo do orçamento municipal de saúde e pode ser usado para despesas de custeio da atenção básica. Tal como apontado por Moraes e Iguti (2013) e Cunha et al. (2013), é importante que os municípios adotem iniciativas de remuneração dos valores do componente de qualidade aos trabalhadores das EABs avaliadas, pois são centrais no desempenho da avaliação e importantes agentes transformadores da realidade.

### Considerações finais

Apesar da descentralização dos serviços de saúde para a esfera municipal, os gestores estaduais e federais têm um papel relevante na determinação do financiamento em saúde, principalmente, a partir da regulamentação da Emenda Constitucional 29, de 2012. Porém o MS continua sendo um importante formulador, financiador e indutor das políticas, dos programas e estratégias de saúde relacionados à AB.

As NOBs 01/93 e 01/96 foram bem-sucedidas, no que tange à descentralização aos três níveis de governo através de novas condições de gestão e, principalmente, na ampliação das transferências fundo a fundo. Mas seu marco se deu tanto na busca de um novo modelo de atenção à saúde, através de programas prioritários como o Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde quanto na criação do piso da atenção básica. A lógica visível é da sustentação e ampliação da oferta de ações e serviços.

Com a nova modalidade de transferência de recursos inaugurada pelo PAB, per capita (PAB fixo) e por estratégias e programas prioritários (PAB variável), rompeu-se com a lógica dominante do financiamento em saúde - pagamento

por procedimentos -, representando o início da redução das desigualdades entre os municípios, pois, pela primeira vez na história do financiamento da saúde na atenção básica, foram empregados indicadores sociais como critérios de repasse federal aos municípios. Indicadores sociais que, nesse caso, também significaram aproximações com necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades.

O advento do PAB definiu uma estrutura de regras e de incentivos financeiros que favoreceram a autonomia e o poder decisório dos gestores municipais sobre os recursos disponíveis para o financiamento da AB. Esses recursos chegando diretamente aos municípios, principalmente àqueles com uma rede de serviços de menor complexidade, podem ser capazes de promover um forte impacto na qualidade da atenção básica à saúde.

Tomamos, como exemplo, a criação do PMAQ-AB e, junto com ele, o componente de qualidade no PAB variável, representando uma inovação na lógica de financiamento da atenção básica no SUS, pois, além da indução à adesão, traz um novo incentivo: o da melhoria gradual da assistência à saúde por parte dos atores envolvidos no processo.

Tal incentivo surge da forma na qual o programa é desenhado, pois propõe: compromisso entre os atores; práticas gerenciais às equipes de atenção básica; e avaliação destas em diversas dimensões. Mas o mais importante é que o desempenho das equipes nesse processo influencia no montante a ser transferido ao município, premiando o melhor desempenho e fazendo com que, dessa forma, o recurso proveniente do componente de qualidade possa ser utilizado para melhoria no acesso e, principalmente, na qualidade da assistência à saúde da população.

Não há dúvidas de que essa iniciativa não esgota o debate sobre suficiência, estabilidade de fontes e critérios de distribuição de recursos para a atenção básica e,

menos ainda, para o SUS. O que as iniciativas analisadas demonstram é a importância do financiamento e de suas lógicas na organização e nas respostas dos serviços e a necessidade de seguir o debate sobre outras iniciativas de ampliação de fontes, de corresponsabilidade das diversas instituições, de critérios e lógicas de aplicação. O financiamento é dimensão estratégica de organização descentralizada do Sistema Único de Saúde e não pode ficar imune às iniciativas de avanços, como demonstra a análise feita. Ao contrário, precisa ser mobilizado como dispositivo para ampliar e qualificar as ações, os serviços e os modos como são colocados à disposição da população.

## Referências

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília/ DF, 1988.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília/ DF, 1990a.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 8142**, 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. Brasília/ DF, 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 545**, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília/ DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.203**, de 6 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96 - Brasília/ DF, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 1882/GM**, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição. Brasília/ DF, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Emenda Constitucional 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. Brasília/ DF, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília/ DF, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 1602**, de 09 de julho de 2011. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei complementar 141**, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três)

esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica** (PMAQ: Manual Instrutivo). Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 1409**, de 10 de julho de 2013. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 1408**, de 10 de julho de 2013. Incorpora os recursos financeiros destinados ao financiamento da estratégia Compensação de Especificidades Regionais CER à parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB Fixo) e revoga dispositivos da Portaria 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, e da Portaria 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 535**, de 3 de abril de 2013. Altera a Portaria 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e a Portaria 866/GM/MS, de 3 de maio de 2012, que altera o prazo para solicitação

da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2013c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 1063**, de 3 de junho de 2013. Altera as regras de certificação das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2013d.

CASTRO, A.L.B. de; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, 2010, v.26, n.4, p.693- 705.

COSTA, N. R.; PINTO, L. F. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e à experiência da descentralização no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2002, v.7, n.4, p.907- 923.

CUNHA, G.T. et. al. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e à Qualidade da Atenção Básica: um estudo qualitativo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2., 2013, Belo Horizonte. **Universalidade, Igualdade e Integralidade da saúde: um projeto possível**. Belo Horizonte. ABRASCO, 2013.

LIMA, L.D.; ANDRADE, C.L.T. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2009, v.25, n.10, p.2237- 2248.

MACHADO, E.N.M.; FORTES, F.B.C.T.P.; SOMARRIBA, M. Efeitos da introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e a prestação de serviços: o caso de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2004, v.9, n.1, p.99- 111.

MARQUES, R.M.; MENDES, Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cad. Saúde Pública**, 18 (suplemento): 163-171, 2002.

\_\_\_\_\_. Atenção Básica e Programa Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2003, v.8, n.2, p.403- 415.

MELAMED, C.; COSTA, N. R. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2003, v.8, n.2, p.393-401.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, 2014, v.38, n.103, p.900- 916.

MORAES, P.N.; IGUTI, A.M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, jul./set.2013, v.37, n.98, p. 416-426.

PINTO, H.A.; KOERNER, R.S.; SILVA, D.C.A. **Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica**. [Internet]. Brasília, DF: Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2012. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/06/artigoprioridade.pdf>>. Acesso em: 29/07/2015.

\_\_\_\_\_.; SOUSA,A.; FLORÊNCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desempenho e processo de implantação. **RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, ago. 2012, v.6, n.2, supl.

SCATENA, J.H.G.; TANAKA O.Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, 2001, v.10, n.2, p.47-74.

SOLLA, J.J.S.P. et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Rev. Brasileira Matern. Infant.**, Recife, 2007, v.7, n.4, p.495-502.

UGÁ M. A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, 2003, v.8, n.2, p.417- 437.

VAZQUEZ, D.A. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011, v.27, n.6, p.1201-1212.

\_\_\_\_\_. Mecanismos institucionais de regulação federal e seus resultados nas políticas de educação e saúde. **DADOS-Rev. Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, 2014, v.57, n.4, p.969-1005.

ZORTEA, A.P. **Aplicação da metodologia de custos do SIC: análise do sistema de saúde dos municípios do Rio Grande do Sul - 2011**. Porto Alegre: UFRGS, 2013. Trabalho de Conclusão de Graduação. Curso de Ciências Econômicas, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/78364>>. Acesso em: 30/07/2015.