

O PISO DE ATENÇÃO BÁSICA E A DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS NO ÂMBITO DA SAÚDE EM CAMPINA GRANDE - PB

Samara Costa da Nóbrega Medeiros¹, Emmanuelle Marie Albuquerque², Geraldo Medeiros Júnior³, Aliana Fernandesⁿ

¹Clínica Santa Clara/Unidade de Terapia Intensiva, Rua Duque de Caxias, 630, Prata – Campina Grande - PB, florence_pb@hotmail.com

²Universidade Estadual da Paraíba/Departamento de Enfermagem, Avenida das Baraúnas, 351, Campus Universitário - Bodocongó - Campina Grande - PB, emmanuelle.marie@ibest.com

³Universidade Estadual da Paraíba/Departamento de Administração, Avenida Getúlio Vargas – Centro - Campina Grande – PB, geraldomedeirosjr@hotmail.com

ⁿUniversidade Estadual da Paraíba/Departamento de Enfermagem, Avenida das Baraúnas, 351, Campus Universitário - Bodocongó - Campina Grande - PB, niane@terra.com

Resumo - A promulgação da Carta Magna em 1988 possibilitou mudanças significativas na política nacional de saúde através da criação do Sistema Único de Saúde, o SUS. Este Sistema abarcou um modelo assistencial de caráter preventivo, culminante na elaboração e regulamentação do denominado Piso de Atenção Básica (PAB), permeado pela Norma Operacional Básica de Saúde de 1996 (NOB-SUS 01/96). O PAB remete a um montante de recursos financeiros destinados, exclusivamente, ao custeio de procedimentos e ações de atenção básica à saúde, constituindo-se num direito aos municípios habilitados na forma de Gestão Plena do Sistema Municipal, a exemplo do município de Campina Grande (PB). O mesmo desenvolveu-se por meio da pesquisa documental no período de 2000 a 2006. Mediante a análise dos dados constatou-se que o Fundo Municipal de Saúde de Campina Grande (FMS/CG) apresentou saldo bancário negativo no período de estudo abarcado. Vislumbrou-se, também, que os recursos financeiros referentes ao PAB apresentaram detalhamento questionável e mostraram-se insatisfatórios para alcançar as metas preconizadas pelo município, como a morosa ampliação do Programa Saúde da Família (PSF).

Palavras-chave: Piso de Atenção Básica; Equidade em Saúde; Distribuição de Recursos.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde

Introdução

A Constituição federativa do Brasil de 1988 permeou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), algo que mobilizou a política nacional de saúde.

O louvável Sistema, acordando o conceito de saúde “o estado de completo bem-estar”, outrora definido pela Organização Mundial da Saúde (ONU); outrossim, conforme assegura Brasil (1988), a saúde é direito de todos e dever do estado; instituiu princípios e diretrizes tendentes à universalização de seu acesso, promoção de assistência igualitária e atenuação das desigualdades sociais por meio da descentralização político-administrativa do sistema, primando por ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do cidadão brasileiro, bem como, enfocando o caráter preventivo de seu modelo assistencial.

A regulamentação do SUS deu-se por vigência das Leis nº 8.080 e 8.142, leis estas, que segundo Brasil (1990) dispõem das condições para promoção da saúde e da participação da comunidade na gestão do SUS. Ambas

originaram a Lei Orgânica de Saúde (LOS), a Lei que definiu a criação do SUS e estabeleceu os princípios, diretrizes e critérios para o seu financiamento.

Com o advento do SUS, ocorreu a necessidade de operacionalizar o referido sistema por entre as Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS); destacando-se a NOB-SUS 01/96, que segundo Fernandes; Maia (2004, p.50):

“A NOB-SUS 96 promoveu um avanço no processo de busca de autonomia por parte dos Estados e Municípios ao instituir duas novas modalidades de gestão: Gestão Avançada e Gestão Plena de Atenção Básica, para o Sistema Estadual; Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena, para o Sistema Municipal [...]”

A NOB-SUS 96 ao ter como objetivo a instituição do modelo assistencial preventivo e a execução impreterível da atenção básica de saúde criou o denominado Piso de Atenção Básica (PAB).

Conforme a Portaria nº 1.882, de 18 de Dezembro de 1997, o PAB consiste numa soma de recursos financeiros destinados exclusivamente

ao custeio de procedimentos e ações de atenção básica à saúde, estando composto de uma parte fixa destinada à própria assistência básica e outra variável referente aos incentivos para o desenvolvimento de ações intrínsecas à atenção básica. O PAB, ainda, constitui-se num direito aos municípios habilitados para a Gestão Plena de Atenção Básica ou Gestão Plena do Sistema Municipal. Importante ressaltar que o PAB inaugura uma mudança na lógica do financiamento, passando de uma voltada para a produção, para outra baseada em critérios populacionais e epidemiológicos.

Sabe-se que o município paraibano de Campina Grande habilitou-se na forma de Gestão Plena do Sistema Municipal no ano de 1998, passando a exercer o seu direito à parte fixa do PAB desde então. Nesta perspectiva, a presente pesquisa se propôs a analisar a distribuição de recursos e a prestação de serviços, especialmente, no âmbito da atenção básica do referido município, corroborando a capacidade de formulação e vigência de políticas públicas de saúde.

Metodologia

Para o desenvolvimento da pesquisa adotou-se como estratégia metodológica a pesquisa documental.

Fez-se a análise quantitativa do Fundo Municipal de Saúde através do Quadro Detalhado da Despesa fixada por Unidade Orçamentária (QDD) no período do estudo (2000 a 2006).

Foram avaliados os Elementos de Despesa e Aplicação de Despesas descrito no orçamento para o PAB fixa e ampliado, bem como, foram utilizados para análise os balancetes mensais e os balanços gerais, do período de 2000 a 2006. Também analisaram-se os relatórios das comissões fiscais do Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande no mesmo período. Por conseguinte, fez-se a análise dos dados do SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde) disponibilizados em <http://siops.datasus.gov.br>, para a verificação do cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29.

Articulou-se a iniciativa de alocação de recursos em saúde representada pelo PAB com os princípios de Igualdade e Equidade subjacentes aos paradigmas de justiça vigentes no debate sobre alocação de recursos públicos em políticas sociais. Para tal, intencionou-se adotar os conceitos de equidade e igualdade propostos por Whitehead (1991), tal como os critérios formulados por Bambas e Casas (2001) para avaliação da equidade/iniqüidade em saúde.

Para análise do efeito da vigência do PAB sobre a distribuição dos recursos federais para a atenção à saúde em Campina Grande, utilizou-se

o critério geográfico de acordo com as divisões político-administrativas no município. Os valores das transferências federais em 2000 foram confrontados com os recursos federais destinados ao pagamento de procedimentos básicos da atenção ambulatorial em 1997, ano anterior à implantação do PAB (1998).

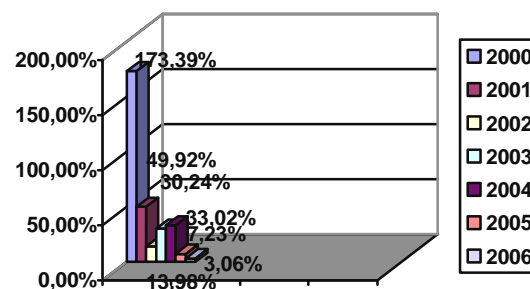
Para avaliar em que extensão as desigualdades identificadas sejam consideradas iniqüidades, buscaram-se correlacionar às desigualdades detectadas com as características do município em termos de sua capacidade de gasto, administrativa e de produção de serviços de saúde.

Resultados

Primeiramente analisou-se o Fundo Municipal de Saúde de Campina Grande (FMS/CG).

Mediante a análise dos dados no período compreendido entre 2000 a 2006, constatou-se um crescimento na receita total do Fundo Municipal de Saúde de Campina Grande (FMS/CG), que permeada pela sua municipalização (no ano de 2000) a respectiva receita saltou de R\$ 7.988.185,01 em 1999 para R\$ 21.838.619,35 em 2000, culminando em R\$ 71.453.056,00 no ano de 2006, como visualizado no gráfico de crescimento anual logo abaixo:

Gráfico 1: Crescimento Anual do Fundo Municipal de Saúde de Campina Grande (FMS/CG) de 2000 a 2006



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande (SMS/CG)

Não menos volumoso mostraram-se as despesas totais do FMS/CG que transpuseram a barreira do R\$ 21 milhões no início da municipalização para os aproximados R\$ 90 milhões em 2006. Ainda, vislumbrou-se que as despesas totais superaram os valores das receitas totais, desse modo, sugerindo um déficit no FMS/CG em tal período. É interessante ressaltar que a dotação orçamentária para o ano de 2006 correspondia a exatos R\$ 91.279.100,00; uma

soma muito próxima quando equiparadas às despesas totais deste; por outro lado, longínquo das receitas totais.

Ao se aprofundar no quesito FMS/CG, tem-se o destriçamento de importantes itens que compõem tal fundo, como o Piso de Atenção básica (parte fixa e parte ampliada) e a EC N^o. 29.

Acerca do PAB-Fixo este apresentou um crescimento anual de sua receita total no período de 2002 a 2006, observando uma queda, apenas, no ano de 2001. Logo abaixo segue o quadro de crescimento anual do PAB-Fixo.

Quadro 1: Receitas Totais e Crescimento Anual das Receitas do PAB-Fixo. (Campina Grande, de 2000 a 2006)

Ano	Receita	Crescimento Anual
2000	R\$ 3.432.075,54	Sem Menção
2001	R\$ 3.375.480,33	1,65%
2002	R\$ 3.461.283,04	2,54%
2003	R\$ 3.687.359,00	6,53%
2004	R\$ 4.325.598,77	17,31%
2005	R\$ 4.694.800,60	8,54%
2006	R\$ 5.030.989,72	7,15%

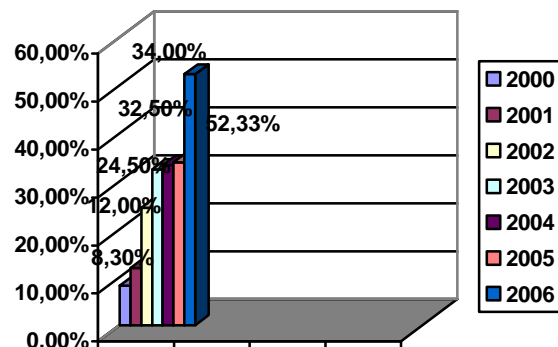
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande (SMS/CG)

Quanto aos valores das despesas totais do PAB-Fixo, estes se mostraram inferiores aos valores das receitas totais deste; demonstrando maior dispêndio em 2001 e sua mínima em 2004.

Imediato ao PAB-Fixo tem-se o PABA (PAB ampliado), sendo este último constituído pelo Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS); Programa Saúde da Família (PSF); Programa Vigilância Sanitária; Programa Farmácia Básica e Programa de Epidemiologia e Controle de Doenças. Salienta-se que para maior objetividade do estudo, têm-se o destriçamento do item Programa Saúde da Família.

O segundo item do PABA, o PSF, teve sua receita ampliada durante o período de estudo, por conseguinte, obteve crescimento anual. As despesas totais deste, também, se revelaram crescente, abarcando um valor mais expressivo no ano de 2005, quando este ultrapassou a marca de R\$ 11 milhões.

Gráfico 2: Cobertura do PSF em Campina Grande (PB) de 2000 a 2006



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande (SMS/CG)

Sobre a Emenda Constitucional N^o 29/2000, sabe-se que fora analisada no período 2000-2006; e o município de Campina Grande (PB) mostrou instabilidade no cumprimento desta no período abarcado, vislumbrando-se uma variação positiva (diferença do Valor Aplicado, pelo Mínimo Exigido) no período de 2005 a 2006, conforme o quadro logo abaixo.

Quadro 1 Situação do cumprimento da EC-29 pelo município de Campina Grande (PB) de 2000 a 2006

Ano	% Mínimo Exigido (EC-29/2000)	% Aplicado pelo Município	Diferença do Valor Aplicado, pelo Mínimo Exigido
2000	7%	6,97%	- 0,03%
2001	8,60%	8,15%	- 0,45%
2002	10,20%	7,72%	- 2,48%
2003	11,80%	9,99%	- 1,81%
2004	15%	9,83%	- 5,17%
2005	15%	16,88%	1,88%
2006	15%	20,8%	5,81%

² FONTE: SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde) – Situação de Cumprimento da EC-29/2000 por Município, Período 2000-2006.

6		1%	
---	--	----	--

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande (SMS/CG)

Discussão

O fato do crescimento anual do FMS/CG no período de estudo abarcado justifica-se pela obrigatoriedade dos recursos destinados à saúde dos municípios (da nação) terem que transitar pelo Fundo Municipal de Saúde (FMS); algo que não ocorria antes do ano de 2000.

Todavia, o crescimento da receita total deste Fundo não excetua a capacidade do Município em obter fundos frentes à União, possibilitada por sua habilitação na forma de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

Analisando as despesas do PAB-Fixo, percebeu-se que a Despesa apresentou-se numericamente inferior à receita deste, entendendo-se, dessa maneira, que boa parte da soma destinada à sua receita não foi utilizada, ou seja, estagnou-se em sua própria caixa; implicando em ações à nível de atenção básica não, plenamente, executadas.

Sobre o crescimento das receitas e despesas totais do PSF, em parte, denota a efetivação da Atenção Básica, na medida em que os montantes destinados ao PSF resultaram em construção de novas Unidades Básicas de Saúde, aumento do número de equipes de PSF atuantes, bem como, a ampliação da cobertura populacional pelo Programa (ver gráfico 02), sendo este último em consonância ao Quadro de Metas nº 2 esperado para o período de 2005 a 2006.

Conclusão

Embasado no que foi exposto, pode-se afirmar que o Fundo Municipal de Saúde de Campina Grande (FMS/CG), ao apresentar saldo bancário negativo no período de estudo abarcado, demonstra comprometimento de suas Receitas em todos os níveis de Atenção à Saúde, com predominância das Atenções de Média e Alta Complexidade sobre a Atenção Básica (representada pelo PAB). Tal predominância corrobora a hegemonia do modelo assistencial hospitalocêntrico no município de Campina Grande (PB). Contudo, a hegemonia do referido modelo não anula a inserção do modelo assistencial preventista defendido pelo SUS e permeado pelo Piso de Atenção Básica (PAB),

tendo este último o ideal de ampliação do Programa Saúde da Família como reflexo desse novo modelo. É interessante lembrar que o modelo assistencial diz-se hospitalocêntrico na medida em que os grandes volumes financeiros destinados às Atenções de Média e Alta Complexidade implicam em prioridades na Gestão de Saúde do município, mas quando se visualiza uma diminuição de tais valores, como também uma diminuição nos incentivos de Ações Estratégicas, denota-se o início da adoção do modelo assistencial privilegiado pelo SUS. Ainda, sobre o FMS/CG, evidencia-se que o Tesouro Municipal vem suprimindo os saldos bancários negativos do Fundo, haja vista a execução anual dos Programas abarcados pelo próprio Fundo, bem como, a convicção do cumprimento da Emenda Constitucional N° 29 (EC-29), acima do exigido, nos últimos anos.

Referências

- BAMBAS, A; CASAS, J.A. Assessing equity in health: conceptual criteria, p 12-21. In: Pan American Health Organization. Equity in health: views from Pan American Sanitary Bureau. Washington (DC). Occasional Publications, nº 8, 2001.

- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

- FERNANDES, A.; MAIA, C. L. Dos autores e dos cenários: municipalização da saúde em Campina Grande (PB). Campina Grande: Eduap, 2004.

² Quadro de Metas 2005/2006 previsto pelo Plano Municipal de Saúde de Campina Grande/PB 2006-2009. Tal Quadro traça as metas esperadas para os diferentes níveis de Atenção à Saúde, dentre seus Programas.