



Universidade de Brasília (UnB)  
Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão Pública (FACE)  
Departamento de Gestão de Políticas Públicas (GPP)  
Especialização em Orçamento e Políticas Públicas

Renata Flávia de Moraes

**NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DE CUSTEIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE: ANÁLISE ORÇAMENTÁRIA DO PISO DE BÁSICA EM SAÚDE.**

Brasília, DF  
2020

Professora Doutora Márcia Abrahão Moura  
Reitora da Universidade de Brasília

Professor Doutor Sérgio Antônio Andrade de Freitas  
Decano de Ensino de Graduação

Professora Doutora Adelene Moreira Silva  
Decana de Pós-graduação

Professor Doutor Eduardo Tadeu Vieira  
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Professor Doutor Franco de Matos  
Chefe do Departamento do GPP

Professora Doutora Magda de Lima Lucio  
Coordenador do Curso de Especialização em Orçamento e Políticas Públicas em Saúde

Professor Doutor José Marilson Martins Dantas  
Coordenador do Curso de Especialização em Orçamento e Políticas Públicas em Saúde

Professora Doutora Rosana Boullosa  
Coordenador de Graduação do GPP

RENATA FLÁVIA DE MORAES

**NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DE CUSTEIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE: ANÁLISE ORÇAMENTÁRIA DO PISO DE BÁSICA EM SAÚDE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Gestão de Políticas Públicas (GPP) da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão Pública da Universidade de Brasília como requisito à conclusão da Especialização em Orçamento e Políticas Públicas.

Orientador:  
Prof. Abimael de Jesus Barros Costa

Brasília, DF  
2020

RENATA FLÁVIA DE MORAES

**NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DE CUSTEIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE ORÇAMENTÁRIA DO PISO DE BÁSICA EM SAÚDE/ RENATA FLÁVIA DE MORAES –Brasília, 2020.**

Orientador(a): Prof. Abimael de Jesus Barros Costa

Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade de Brasília, 2º Semestre letivo de 2020

Bibliografia.

1. Atenção Primária 2. Financiamento. 3. Piso de Atenção Básica 4. Orçamento Público I. Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Brasília. **NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DE CUSTEIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE ORÇAMENTÁRIA DO PISO DE BÁSICA EM SAÚDE.**

CDD –

RENATA FLÁVIA DE MORAES

**NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DE CUSTEIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE: ANÁLISE ORÇAMENTÁRIA DO PISO DE BÁSICA EM SAÚDE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Gestão de Políticas Públicas (GPP) da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão Pública da Universidade de Brasília como requisito à conclusão da Especialização em Orçamento e Políticas Públicas.

Prof. Abimael de Jesus Barros Costa  
Orientador  
Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais  
Universidade Brasília (UnB)

Brasília, (2020)

## **AGRADECIMENTOS**

Venho manifestar meus agradecimentos aos nobres colegas de turma pelo compartilhamento das experiências profissionais e acadêmicas vivenciadas.

Aproveito também para agradecer aos professores desta turma de especialização pelo conhecimento disseminado, em especial ao meu orientador na importante condução deste trabalho.

Espero que o êxito neste trabalho, e que com a permissão de Deus, possa o mesmo gerar frutos no âmbito profissional.

Por último, agradeço a oportunidade ofertada através desta capacitação pelo Ministério da Saúde.

**Renata Flávia de Moraes**

## RESUMO

No final de 2019, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituída uma nova política de financiamento para custeio da Atenção Primária à Saúde (APS). Política esta denominada de “Previnde Brasil”. Sua vigência começa a partir de janeiro de 2020, e durante este período passa por uma transição entre o modelo de financiamento anterior e o vigente. Desse modo, o objetivo deste trabalho é compreender as inovações do novo modelo de financiamento da atenção primária à saúde em relação ao modelo de financiamento anterior, apresentando a execução orçamentária na implementação dessa nova política de financiamento da APS. A metodologia utilizada consiste em uma pesquisa descritiva dos modelos comparativos, e quanto aos procedimentos optou-se pela pesquisa bibliográfica com análise documental, com abordagem do problema na pesquisa qualitativa. Diante da importância do montante expressivo de recursos orçamentários alocados no Piso de Atenção Básica em Saúde (PAB) foi exposto um quadro comparativo entre os anos de 2018 a 2020 da dotação atualizada por planos orçamentários. Em relação ao crescimento dos recursos orçamentários destinados à APS os resultados são muito incipientes para avaliar se houve perdas ou ganhos efetivos para os municípios com a implementação do novo modelo. Essa pesquisa traz a apresentação comparativa dos modelos de financiamento da APS. Sua limitação para avaliação sobre ganhos de eficiência ou não por este modelo é que está em etapa de transição durante este exercício e poderá ser objeto de futuras análises para descrição dos possíveis impactos, sejam eles, positivos ou negativos. O novo financiamento surge diante da necessidade de inovações na distribuição dos recursos, e ainda mais, diante de exemplos internacionais adaptados à realidade brasileira, de melhoria do desempenho na prestação de serviço ofertada pelos gestores municipais.

**Palavras-chave:** Atenção Primária; Financiamento; Piso de Atenção Básica; Orçamento Público.

## ABSTRACT

By late 2019, on the Brazilian National Health System (*Sistema Único de Saúde – SUS*) scope, a new financing policy was instituted for costing of Prime Health Attention (*Atenção Primária à Saúde – APS*). “Prevent Brazil” (*Previne Brasil*) thus called this policy. Its term starts from January, 2020, and along this period goes by a transition between the previous financing model and the current one. Thus, this work aim is to comprehend innovations of the Prime Health Attention novel funding model regards the anterior one, presenting the budgetary execution on this new APS’s policy implementation. The utilized methodology consists of a descriptive research of the comparative models, and as for the procedures a bibliographic research with documental analysis was opted out, with approach of the issue on the qualitative research. Before the importance of the significant amount of budgetary resources allocated at the Basic Health Package (*PAB*) was exposed a comparative chart between years 2018 to 2020 of the updated endowment by budgetary plans. Regarding the growth of budgetary resources intended to the APS, the results are too incipient to assess if there were effective loss or gain for the counties with the implementation of the new model. This research brings the APS’s financing models comparative presentation. Its limitation for assessment over efficiency gains or for this model not being on transition stage along this exercise could be object of further future analysis for description of potential impacts, be them positive or negative. The novel funding emerges against the need for innovations in resources distribution, and furthermore, facing foreign examples adapted to Brazil’s reality, on services provision performance enhancement provided by counties managers.

**Keywords:** Primary Attention; Financing; Basic Attention Floor; Public budget.



## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	7
<b>ABSTRACT</b> .....	8
<b>SUMÁRIO</b> .....	9
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	10
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	10
<b>1.INTRODUÇÃO</b> .....	11
1.1. Situação-Problema e Pergunta de Pesquisa .....	11
1.2. Objetivo Geral e Objetivos Específicos .....	13
1.3. Justificativa da Pesquisa.....	13
1.4. Estrutura da Pesquisa .....	14
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	15
2.1 Breve contexto histórico .....	15
2.2 Pesquisas anteriores sobre o tema .....	18
<b>3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	19
<b>4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS</b> .....	19
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	35
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	37
<b>ANEXO(S)</b> .....	41

## **LISTA DE QUADROS**

- Quadro 1- Piso de Atenção Primária em saúde (PAB) e sua alocação de recursos orçamentários
- Quadro 2 - Execução Orçamentária no ano de 2019 do PAB
- Quadro 3 - Execução Orçamentária no ano de 2020 do PAB
- Quadro 4 - Evolução dos custos mensais do ano de 2019 do PAB
- Quadro 5 - Evolução dos custos mensais do ano de 2020 do PAB
- Quadro 6 - Posição Encerramento 2019 - Pagamentos por competência do PAB
- Quadro 7 - Detalhamento do PO 0001 - PAB Variável - Pagamentos por competência 2019 – RAP
- Quadro 8 - Posição Encerramento 2020 - Pagamentos por competência do PAB
- Quadro 9 - Detalhamento do PO 0001 - PAB Variável - Pagamentos por competência 2020 – RAP
- Quadro 10 - Comparativo do PAB entre Planos orçamentários de 2019 e 2020
- Quadro 11 - Quantitativo físico dos Agentes Comunitários de Saúde
- Quadro 12 - Quantitativo das estratégias de saúde do PAB
- Quadro 13 - Quantitativo das estratégias de saúde do PAB - Informatiza APS
- Quadro 14 - Composição do PAB nos anos de 2019, 2020 e 2021

## **LISTA DE FIGURAS**

1. Figura 1 – Parâmetros de cadastro por equipe de acordo com tipo de município
2. Figura 2 - Peso por pessoas cadastradas de acordo com os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, ajuste demográfico e ajuste de distância.

## **1. INTRODUÇÃO**

No final de 2019, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), uma nova política de financiamento para custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) foi aprovada. Essa política ficou denominada como “Previne Brasil”, que estabelece um novo modelo de Financiamento da APS, iniciando sua aplicação a partir de janeiro de 2020.

Diante desse contexto, este trabalho apresenta o novo modelo de financiamento para Atenção Primária à Saúde no Brasil, aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite, e promulgado pela Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, em comparação ao modelo de financiamento anteriormente vigente (BRASIL, 2019)

Este item apresenta o tema, objeto deste trabalho, mediante a formulação da situação-problema/pergunta de pesquisa, dos objetivos de pesquisa (geral e específicos), da justificativa que identifica a razão da escolha do tema abordado. Além disso, ao final do item a estrutura da pesquisa também é apresentada.

### **1.1.Situação-Problema e Pergunta de Pesquisa**

De um orçamento em 2020 de cerca de R\$ 138,9 bilhões, cerca de R\$ 19,4 bilhões de dotação orçamentária são destinados à ação orçamentária do Piso de Atenção Básica em Saúde (PAB), correspondente à aproximadamente 14% do orçamento do Ministério da Saúde. É a segunda maior em termos de recursos, e uma das políticas mais complexas por tratar de diversas estratégias e políticas de atenção à saúde, cada uma com sua peculiaridade.

Em 2019, a Lei Orçamentária Anual foi de R\$ 132,7 bilhões, sendo destinados ao PAB uma dotação orçamentária de R\$ 16,9 bilhões, dados extraídos do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP).

Diante disso, em razão da materialidade e a expressividade do valor alocado para esse tipo de ação e serviço público de saúde, denota-se a sua importância.

Outro fator relevante motivador para a reorganização do financiamento na Atenção Primária em Saúde leva em conta os estudos feitos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Organização que tem o papel fundamental em exercer orientações no desenvolvimento e implementação de políticas públicas em saúde nos diversos países com base em indícios globais mais modernos. Desse modo, diversas experiências internacionais contribuem para a possibilidade de aperfeiçoamento dos sistemas e modelos de financiamento em saúde, porém

preservando as devidas proporcionalidades de especificidade de cada país, já que nem sempre a aplicação de um modelo em um país implica que funcionamento eficiente e eficaz em outro. O artigo publicado de Massuda (2020) destaca os apontamentos feitos pela OMS quanto aos fatores que elevam o aumento de gastos em saúde em relação ao Produto Interno Bruto (PIB): envelhecimento da população, aumento da prevalência de múltiplas doenças crônicas, incorporação de novas tecnologias, além da mudança de padrão de financiamento da saúde global, em que os recursos advêm principalmente em grande parte de fontes públicas do que os gastos diretos das famílias.

Contudo, os recursos disponibilizados por cada país para aplicação em saúde possuem variações econômicas, políticas e tecnológicas que podem influenciar na distribuição de uma forma equânime ou não.

Além do financiamento do sistema de saúde, Massuda (2020) também cita, a partir de estudos da OMS, que o modo de pagamento por serviços de saúde também produz incentivos com forte poder indutor sobre a configuração das práticas de saúde. E que dentre os serviços públicos, o setor saúde é um dos mais inovadores na adoção de instrumentos de gestão voltados para tornar mais estratégico o pagamento por serviços prestados, buscando promover melhorias de qualidade, volume ou produtividade. A partir disto, percebe-se uma maior utilização por alguns países de alocação de recursos baseado no desempenho e alcance de resultados, sendo este o cenário internacional no momento.

No Brasil, dentre as mudanças ocorridas no contexto orçamentário, ocasionados principalmente pela instituição do teto dos gastos, que limitou o crescimento dos gastos federais por vinte anos, faz-se necessário buscar a melhor aplicação dos recursos públicos e também de revisão de todas as despesas em que a União terá que adequá-las baseada na eficiência e resultados eficazes dos entes federativos.

Além disso, vários foram os argumentos como a busca pela equidade para garantir a todos o acesso e cuidados à saúde, buscando priorizar sempre aqueles que desta mais necessitam.

Nesse contexto, institui-se o novo modelo de financiamento da APS, que passa a ter vigência a partir de janeiro de 2020, e que altera substancialmente a forma de calcular e acompanhar o custo mensal e anual do PAB. O novo modelo misto de financiamento leva em consideração um método de capitação ponderada por critérios de equidade, de pagamento por desempenho das equipes de saúde da família e de incentivos de ações estratégicas e prioritárias, semelhante ao fee-for-service (HARZHEIM, 2019). A pergunta de pesquisa que se coloca é: Quais as principais inovações o novo modelo de financiamento da APS na União trouxe em relação

modelo anterior no que tange o Piso de Atenção Básica em Saúde?

## **1.2. Objetivo Geral e Objetivos Específicos**

O objetivo geral deste trabalho é compreender as inovações do novo modelo financiamento da atenção primária à saúde em relação modelo de financiamento anterior, apresentando a execução orçamentária na implementação dessa nova política de financiamento da APS no Brasil.

São objetivos específicos:

- a. Comparar os modelos de financiamento da APS de forma a promover o debate sobre as principais diferenças e inovações;
- b. Apresentar a execução orçamentária dentro dos dois modelos de financiamento, de forma a demonstrar o impacto das mudanças;
- c. Obter uma análise sintética e clara entre os modelos de financiamento da APS para melhor compreensão dos gestores, profissionais em saúde e pesquisadores interessados no tema.

## **1.3. Justificativa da Pesquisa**

O estudo do novo modelo de financiamento da APS é importante para melhor compreensão de como são feitos os cálculos e a distribuição dos recursos da atenção básica, mais especificamente tratando-se do Piso da Atenção Básica em Saúde, representado na Lei orçamentária anual nº 13.978, de 17 de janeiro de 2020, pela ação orçamentária 219A – Piso de Atenção Básica em Saúde (PAB), que para o ano de 2021 passará a ser denominada de Piso de Atenção Primária em Saúde (PAP), por tratar-se de padronização da caracterização da ação que está de acordo com a própria lei que institui o novo financiamento, que substitui o termo atenção básica por atenção primária.

Diversas são as pesquisas relacionadas ao Piso de Atenção Básica em Saúde e ao seu financiamento, caminho que foi realizado por inúmeros autores. Porém, no que tange ao novo modelo de financiamento, por tratar-se de tema recém implementado, ainda não há tantas pesquisas a seu respeito. E quando apresentados os modelos de financiamento, os mesmos são tratados em trabalhos separados, e no máximo são colocados apenas como uma citação do modelo preexistente, mas não de forma comparativa no mesmo trabalho.

Desse modo, considerando esses elementos, a relevância do trabalho pode ser justificada:

- A. Pelo necessário aprimoramento dos conhecimentos no que tange ao novo modelo de financiamento e comparação com o modelo anterior;
- B. Pela importância no que se refere ao montante aplicado no PAB, sendo de grande representatividade no orçamento do Ministério da Saúde num momento de restrições orçamentárias.

O trabalho apresenta, assim, relevância teórica por adentrar num universo de legislações que subsidiam a história de financiamento do PAB e do novo modelo de financiamento da APS por ser um assunto significativamente novo e pouco estudado até o momento. Também tem como objetivo, no âmbito profissional, constituir fonte de assimilação de conhecimentos, pois sintetiza de forma consolidada o funcionamento do financiamento da APS. Enquanto que, no âmbito acadêmico, este trabalho é relevante na medida em que oferece novas abordagens de análise, que podem servir de base para pesquisas futuras mais aprofundadas.

Além disso, é de extrema importância para a sociedade entender como era e como será uma política de financiamento de saúde de umas das mais importantes políticas públicas. A informação, clareza e detalhamento em linguagem acessível é necessário para que possa realizar o controle social adequado.

Cabe ainda ressaltar que para o Ministério da Saúde é bom que políticas públicas como esta sejam detalhadas, comparadas e documentadas, de forma que contribua para manter um histórico das realidades que existiam e que foram sendo modificadas ao longo do tempo. Além de contribuir para os seus trabalhadores entendimento adequado ao tema.

#### **1.4. Estrutura da Pesquisa**

O trabalho está distribuído em cinco tópicos. O tópico de introdução que contextualiza a situação-problema/pergunta de pesquisa, a justificativa da escolha do tema abordado junto a sua delimitação e estrutura da pesquisa. O segundo tópico apresenta a fundamentação teórica que deu suporte para a realização do trabalho de pesquisa. O terceiro tópico apresenta a metodologia de pesquisa, que compreende o detalhamento do tipo de pesquisa realizada e quais procedimentos foram utilizados para alcançar os achados de pesquisa. O quarto tópico apresenta a descrição e a análise dos dados, que compreendem os achados da pesquisa e a discussão dos resultados. No quinto e último tópico, ocorre a conclusão com as considerações finais da pesquisa.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1. Breve contexto histórico**

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988), que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece em seu artigo 198, que “ As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.

Desse modo, nota-se a importância dada pela Carta Magna da priorização de serviços públicos que visem à prevenção, tal como a atenção e promoção da saúde básica, considerada a porta de entrada preferencial, sendo o principal ponto de partida para estruturação e implementação dos serviços e sistemas de saúde.

O SUS é financiado com recursos do orçamento da seguridade social, nos termos do art. 195, da CF de 1988, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Sendo que o orçamento da seguridade social compreende não somente a saúde, mas também a previdência e a assistência social. (BRASIL, 1988).

A regulamentação do SUS é dada pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Nesta, são estabelecidos critérios para gestão financeira de recursos a serem transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios, com convergências dos seguintes critérios: perfil demográfico da região, perfil epidemiológico da população a ser coberta; características qualitativas e quantitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Em sequência, após a criação da lei que regula o funcionamento do SUS, foi criada a lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que além de outros critérios, dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, determinando que os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) sejam alocados como despesas de custeio e capital do Ministério da Saúde (MS), (BRASIL,1990).

Em 1993, a Norma Operacional Básica (NOB, 01/1993), surge para estabelecer normas e procedimentos que regulam o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Com esta norma singelos avanços puderam ser vistos em relação à flexibilização para

os gestores municipais. Flexibilização esta que pode ser percebida através da autonomia dada aos municípios pela primeira vez por meio da Carta Magna de 1988. Esta autonomia que enfrentou e enfrenta diversas dificuldades para implementação prática.

Diversas outras NOB's foram construídas para definição dos modelos de gestão do SUS que viriam a ser aplicados, e dentre estas, as de maior destaque para este trabalho são: a NOB 01/93 e a NOB 01/1996.

A primeira cria as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT); e estabelece os níveis de descentralização das esferas federativas através das condições de gestão: a) municípios-incipiente, parcial e semiplena; e b) estados-parcial e semiplena.

A segunda cria o Piso de Atenção Básica em Saúde (PAB). As principais ações desta NOB-SUS foram o fortalecimento das diretrizes e dos princípios do SUS, com realce à municipalização, ao financiamento e aos mecanismos de gestão, e definição do papel e da responsabilidade de cada esfera de governo. Nesta NOB ficaram estabelecidos dois tipos de gestão municipal: Gestão plena da Atenção Básica (AB), que confere autonomia gerencial para os municípios administrarem os serviços básicos de ambulatório, vigilância sanitária e epidemiológica, bem como participar do planejamento, controle, avaliação e programação do sistema municipal de saúde; e a Gestão plena do Sistema Municipal, que confere maior autonomia administrativa para os municípios.

O PAB, implantado efetivamente após dois anos de sua criação, instaurou a modalidade de transferência per capita de recursos federais para os municípios. (BARBOSA e ZORTEA et. al, 2016). Criado pela NOB 01/1996 e normatizado via Portaria GM/MS nº 1882, de 18 de dezembro de 1997, o PAB consiste em recursos destinados exclusivamente à Atenção Básica (AB), transferidos aos municípios de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Sendo composto de uma parte fixa, com base no valor per capita e outra parte variável, com base na adesão a programas específicos. (BRASIL, 1997)

Na NOB 01/1993 havia uma variação para a transferência de recursos do PAB, sendo que para os municípios que fizessem adesão ao Programa de Saúde na Família (PSF) ou ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), receberiam um volume adicional de recursos.

No ano de 2007, a Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, surge para regulamentar o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento (Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade



Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS, e em 2009, acrescentou-se o bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde). Regulamentação essa que engessou a autonomia dos gestores municipais, que ficaram restritos a não usufruírem dos recursos de acordo com as realidades do município. Mas essa autonomia foi reestabelecida por meio da Lei nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que instituiu apenas dois blocos: custeio e investimento. (BRASIL, 2017)

Recentemente, por meio da Portaria GM/MS nº 828, de 17 de abril de 2020, os blocos de financiamento passaram a ser denominados de: bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde.

O PAB surge no contexto em que se propunha redução da desigualdade através de uma lógica de distribuição de recursos não mais pelo pagamento de procedimentos. (MACHADO, 2004). Antes da criação do PAB quanto maior o número de postos de saúde, ambulatórios e estabelecimentos hospitalares, maior seria a chance de o gestor receber mais recursos devido ao faturamento de consultas e procedimentos realizados. (COSTA, 2002)

Diante da dinâmica de transferir recursos, per capita (PAB fixo), e por estratégias e programas prioritários (PAB variável), a atenção básica começa a empregar indicadores sociais como critérios de repasse federal aos municípios, reforçados ainda mais pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que cria critérios de rateio dos recursos de transferência para saúde, devendo observar as necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos. (BRASIL, 2012)

Em 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estimula o fortalecimento da APS por meio do estabelecimento da revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica através dos princípios da universalidade, equidade, integralidade e das diretrizes de regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade. A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica.

Em nota técnica o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS, 2019) menciona sobre a importância e a necessidade de se ter uma atenção primária em saúde forte, bem estruturada, que respeite as desigualdades locais, e que seja a principal porta de entrada para promoção da atenção à saúde dos todos os brasileiros indistintamente.

Atualmente, estudos do Banco Mundial (2017) foram feitos sobre análise da eficiência e

equidade do gasto público no Brasil. Esses estudos apontam que os níveis de eficiência da APS estão em torno de 60%.

Desse modo, diante da preocupação em melhorar os resultados da APS, o Ministério da Saúde, em 17 de maio de 2019, por meio do Decreto nº 9.795, divide-se a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) em duas partes, sendo uma a instituição da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e a outra a criação da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (SAES). Com isso, a APS ganha força para melhor organizar e implementar suas políticas separando os serviços de saúde da atenção básica da alta e média complexidade (BRASIL, 2019).

## **2.2 Pesquisas anteriores sobre o tema**

Em relação às pesquisas anteriores sobre o tema podemos citar como de maior destaque a pesquisa sobre o novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde de (HARZHEIM Et al., 2019). Os autores apresentam as razões que levaram a modificação do modelo de financiamento da APS no Brasil e aborda de forma detalhada os critérios utilizados na alocação orçamentária da transição entre modelo anterior e o novo.

Essa pesquisa cita países como Reino Unido, Austrália, Canadá, Espanha, Suécia, Noruega, Holanda, Nova Zelândia, entre outros que adotam o modelo de financiamento por capitação ponderada. Desses países, Reino Unido e Nova Zelândia, também adotam o modelo de pagamento por desempenho, assim como Portugal e Turquia.

Cabe destacar também a pesquisa sobre as mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro, de Massuda (2020), que levanta questionamentos sobre o novo financiamento chamando atenção se seria um avanço ou um retrocesso para a atenção básica, porta de entrada do SUS.

É ainda incipiente as pesquisas sobre o novo modelo. Porém, quanto ao modelo de financiamento anterior há diversas pesquisas sobre. Sendo que a de maior destaque para o trabalho em comento é a pesquisa sobre o financiamento da atenção básica à saúde no Brasil, especificamente tratando-se do Piso da Atenção Básica à remuneração por desempenho (BARBOSA e ZORTEA et al, 2016). Essa pesquisa sistematiza as principais disposições normativas sobre o financiamento da atenção básica e criação do PAB.

### **3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

A metodologia consiste na descrição da instrumentalização da pesquisa e métodos que serão utilizados na coleta e análise dos dados. Para este trabalho optou-se pela utilização da pesquisa descritiva, que tem como objetivo proporcionar uma visão do modelo anterior com o modelo vigente. Quanto aos procedimentos optou-se pela pesquisa bibliográfica com análise documental, e quanto a abordagem do problema entende-se compreender a pesquisa qualitativa.

A pesquisa tem a finalidade de explorar e descrever o problema apresentado. O primeiro passo da metodologia baseou-se em uma análise documental das publicações do Ministério da Saúde, no período de 2006 a 2020, disponibilizados na internet através do portal da saúde e da secretaria responsável pelo Piso de Atenção Básica em Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS).

Além disso, num segundo momento, para construção do estudo foi necessário coletar informações em outros sistemas, tais como Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP), e Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI) e também coleta de dados e informações junto à Coordenação de Avaliação e Programação Orçamentária (CAORC) da Subsecretaria de Planejamento de Orçamento (SPO), que compõe a Secretaria Executiva (SE), além da Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento – CGPO da SAPS, ambos do Ministério da Saúde.

O terceiro passo foi construir quadros com a descrição sintética da política de financiamento da Atenção Básica em Saúde antes de 31 de dezembro de 2019 e da nova política de financiamento da Atenção Primária à Saúde após 2019.

Por último, analisou-se os quadros sistematizados dos modelos de financiamento da APS para o Piso de Atenção Básica em Saúde.

### **4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS**

Diante da importância do montante de recursos orçamentários do Piso de Atenção Básica em Saúde é oportuno apresentar inicialmente os dados orçamentários do modelo de financiamento de 2019 anterior, comparado aos dados de 2020.

O quadro 1 foi construído fazendo comparação, entre os anos de 2018 a 2020, da dotação atualizada por plano orçamentário da ação 219A – PAB.

Convém destacar o conceito de dois termos técnicos orçamentários para melhor compreensão dos quadros: dotação atualizada e plano orçamentário.

Dotação atualizada demonstra a dotação inicial somada aos créditos adicionais abertos ou reabertos durante o exercício de referência e às atualizações monetárias efetuadas após a data da publicação da LOA, deduzidos das respectivas anulações e cancelamentos. Se não ocorrerem eventos que ocasionem a atualização da despesa, a dotação atualizada apresentará os mesmos valores da coluna Dotação Inicial. (MCASP, 2018)

Já o Plano Orçamentário (PO) é uma identificação orçamentária, de caráter gerencial (não constante da LOA), vinculada à ação orçamentária, que tem por finalidade permitir que, tanto a elaboração do orçamento quanto o acompanhamento físico e financeiro da execução, ocorram num nível mais detalhado do que o do subtítulo/localizador de gasto. (MTO, 2020).

Quadro 1: Piso de Atenção Básica em Saúde e sua alocação de recursos orçamentários.

R\$ 1,00

Ação Governor	Plano Orçamentário		DOTACAO ATUALIZADA	DOTACAO ATUALIZADA	DOTACAO ATUALIZADA	
			2018	2019	2020	
219A	0001	PISO DE ATENCAO BASICA VARIAVEL - PAB VARIAVEL	8.795.468.778	9.259.239.772	-	
	0002	AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	2.625.945.742	3.236.247.748	3.640.648.000	
	0003	ATENCAO A SAUDE BUCAL	393.707.143	418.801.470	-	
	0004	PROGRAMA DE INFORMATIZACAO DAS UNIDADES BASICAS DE SAUDE	-	60.172.200	-	
	0005	PISO DE ATENCAO BASICA FIXO - PAB FIXO	5.150.326.903	5.150.538.810	-	
	0007	PROGRAMA DE REQUALIFICACAO DE UBS	16.136.634	-	-	
	0008	INCENTIVO FINANCEIRO DA APS - CAPITACAO PONDERADA	-	-	8.217.787.300	
	0009	INCENTIVO FINANCEIRO DA APS - DESEMPENHO	-	-	1.482.947.000	
	000A	INCENTIVO PARA ACOES ESTRATEGICAS	-	-	3.097.928.700	
	000B	INCENTIVO FINANCEIRO DA APS - PER CAPITA DE TRANSICAO	-	-	1.031.408.000	
	000C	INCENTIVO FINANCEIRO DA APS - FATOR COMPENSATORIO DE TRANSICAO	-	-	1.439.281.000	
	000D	PROGRAMA DE INFORMATIZACAO DA APS	-	-	510.000.000	
	<b>Total</b>			<b>16.981.585.200</b>	<b>18.125.000.000</b>	<b>19.420.000.000</b>

Fonte: Tesouro Gerencial

A partir do quadro comparativo entre as dotações atualizadas nota-se que houve um crescimento no montante de recursos orçamentários a cada exercício. A proposta da lei orçamentária anual de 2021 que está em tramitação no Congresso Nacional para a ação do PAB é de R\$ 20.065.400.000,00. O limite do teto dos gastos será corrigido em 2,13%, que corresponde à variação da inflação (IPCA) entre julho de 2019 e junho de 2020, válido para toda União. É importante dizer parte do aumento de 2020 para 2021 deve-se também ao fato da obrigatoriedade de pagamento do acréscimo do Piso dos agentes comunitários de saúde, um adicional de R\$ 150,00 por agente. E mesmo assim, pode-se considerar que houve um crescimento, mesmo que ínfimo. Porém, quando se compara ao longo de 2019 a 2021, há um

crescimento orçamentário substancial no valor de R\$ 1,9 bilhões.

Em observação ao quadro 1, sabendo-se que a partir do exercício de 2020 inicia-se a vigência do novo modelo de financiamento verifica-se que houve uma mudança substancial na criação de novos Planos Orçamentários, e que à primeira vista não houve alteração apenas para os agentes comunitários de saúde. E quanto aos demais PO's onde não há dotação atualizada será detalhado nesta pesquisa as mudanças ocorridas.

Os quadros 2 e 3, referem-se aos anos de 2019 e de 2020, e apresentam a execução orçamentária do PAB. No ano de 2019, Quadro 2, verifica-se que esta despesa de saúde tem uma execução de 99,7%. Já para o ano de 2020, Quadro 3, até o mês de outubro, ainda em aberto, foi executado o montante correspondente à 78,2%.

Quadro 2: Execução Orçamentária no ano de 2019 do Piso de Atenção Básica em Saúde.

R\$ 1,00

Ação Governo	Plano Orçamentário		DOTACAO ATUALIZADA	DESPESAS EMPENHADAS (CONTROLE EMPENHO)	DESPESAS LIQUIDADAS (CONTROLE EMPENHO)	DESPESAS PAGAS (CONTROLE EMPENHO)
219A	0001	PISO DE ATENCAO BASICA VARIAVEL - PAB VARIAVEL	9.259.239.772	9.221.507.816	9.216.376.608	9.136.665.965
219A	0002	AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	3.236.247.748	3.235.551.595	3.235.551.595	3.235.551.595
219A	0003	ATENCAO A SAUDE BUCAL	418.801.470	418.801.181	418.249.794	418.239.668
219A	0004	PROGRAMA DE INFORMATIZACAO DAS UNIDADES BASICAS DE SAUDE	60.172.200	60.017.300	51.074.800	51.074.800
219A	0005	PISO DE ATENCAO BASICA FIXO - PAB FIXO	5.150.538.810	5.150.538.499	5.150.538.499	5.150.538.499
<b>Total</b>			<b>18.125.000.000</b>	<b>18.086.416.392</b>	<b>18.071.791.297</b>	<b>17.992.070.528</b>

Fonte: Tesouro Gerencial.

Quadro 3: Execução Orçamentária no ano de 2020 do Piso de Atenção Básica em Saúde.

R\$ 1,00

Ação Governo	Plano Orçamentário		DOTACAO ATUALIZADA	DESPESAS EMPENHADAS (CONTROLE EMPENHO)	DESPESAS LIQUIDADAS (CONTROLE EMPENHO)	DESPESAS PAGAS (CONTROLE EMPENHO)
219A	0002	AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	3.640.648.000	2.730.201.600	2.729.930.000	2.729.930.000
219A	0008	INCENTIVO FINANCEIRO DA APS - CAPTACAO PONDERADA	8.217.787.300	6.647.204.298	6.622.954.424	6.622.954.424
219A	0009	INCENTIVO FINANCEIRO DA APS - DESEMPENHO	1.482.947.000	1.151.604.021	1.151.604.021	1.151.604.021
219A	000A	INCENTIVO PARA ACOES ESTRATEGICAS	3.097.928.700	2.263.399.909	2.227.135.772	2.227.135.772
219A	000B	INCENTIVO FINANCEIRO DA APS - PER CAPTA DE TRANSICAO	1.031.408.000	843.868.853	843.868.853	843.868.853
219A	000C	INCENTIVO FINANCEIRO DA APS - FATOR COMPENSATORIO DE TRANSICAO	1.439.281.000	1.179.487.669	1.176.486.936	1.176.486.936
219A	000D	PROGRAMA DE INFORMATIZACAO DA APS	510.000.000	379.518.600	379.518.600	379.518.600
<b>Total</b>			<b>19.420.000.000</b>	<b>15.195.284.949</b>	<b>15.131.498.606</b>	<b>15.131.498.606</b>

Fonte: Tesouro Gerencial - outubro em aberto.

Os quadros 4 e 5 demonstram a evolução dos custos mensais no decorrer dos exercícios de 2019 e 2020 do PAB. A partir da identificação destes custos mensais do Piso de Atenção Básica, e por tratarem-se de despesa regular, é que o gestor se utiliza de mecanismos de elaboração de projeções da despesa para o exercício e o exercício seguinte.

Cabe ressaltar que no mês de dezembro de 2019, quadro 4, houve a antecipação (pagamento da competência financeira dezembro/19) de algumas despesas orçamentárias, e por isso não há dados a serem apresentados no mês de janeiro de 2020, apresentado no quadro 5. No mês de janeiro de 2019 também se percebe que houve esse mesmo processo de pagamento da competência de dezembro do ano anterior.

Quadro 4: Evolução dos custos mensais no ano de 2019 do PAB.

R\$ 1,00

Ação Governo	Plano Orçamentário		DESPESAS PAGAS	DESPESAS PAGAS	DESPESAS PAGAS	DESPESAS PAGAS	DESPESAS PAGAS	DESPESAS PAGAS
			JAN/2019	FEV/2019	MAR/2019	ABR/2019	MAI/2019	JUN/2019
219A	0001	PISO DE ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL - PAB VARIÁVEL	121.137.547	704.947.090	700.704.477	697.728.345	690.146.235	700.678.615
	0002	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE		241.594.720	242.687.079	243.706.818	244.796.538	245.286.250
	0003	ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL	15.977.053	33.745.453	32.473.555	32.828.890	32.850.262	33.076.086
	0004	PROGRAMA DE INFORMATIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE						
	0005	PISO DE ATENÇÃO BÁSICA FIXO - PAB FIXO	431.772.294	428.357.958	428.357.958	428.357.958	429.211.542	429.211.542
	<b>Total</b>		<b>568.886.894</b>	<b>1.408.645.220</b>	<b>1.404.223.069</b>	<b>1.402.622.011</b>	<b>1.397.004.576</b>	<b>1.408.252.493</b>
Ação Governo	Plano Orçamentário		DESPESAS PAGAS	DESPESAS PAGAS	DESPESAS PAGAS	DESPESAS PAGAS	DESPESAS PAGAS	DESPESAS PAGAS
			JUL/2019	AGO/2019	SET/2019	OUT/2019	NOV/2019	DEZ/2019
219A	0001	PISO DE ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL - PAB VARIÁVEL	700.429.748	716.469.700	715.528.943	810.727.655	775.145.946	1.803.021.663
	0002	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	246.470.000	248.616.250	249.236.250	249.852.500	251.341.250	771.963.940
	0003	ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL	32.527.096	37.333.680	37.572.625	37.675.125	36.727.065	55.452.777
	0004	PROGRAMA DE INFORMATIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE						51.074.800
	0005	PISO DE ATENÇÃO BÁSICA FIXO - PAB FIXO	429.211.542	429.211.542	429.133.930	429.198.578	429.289.153	429.224.506
	<b>Total</b>		<b>1.408.638.385</b>	<b>1.431.631.172</b>	<b>1.431.471.748</b>	<b>1.527.453.859</b>	<b>1.492.503.414</b>	<b>3.110.737.686</b>

Fonte: Tesouro Gerencial.

Quadro 5: Evolução dos custos mensais no ano de 2020 do PAB.

R\$ 1,00

Ação Governo	Plano Orçamentário		DESPESAS PAGAS	DESPESAS PAGAS	DESPESAS PAGAS	DESPESAS PAGAS	DESPESAS PAGAS	DESPESAS PAGAS	DESPESAS PAGAS	DESPESAS PAGAS	
			FEV/2020	MAR/2020	ABR/2020	MAI/2020	JUN/2020	JUL/2020	AGO/2020	SET/2020	SET/2020
219A	0002	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	292.094.600	303.350.600	302.877.400	310.679.600	302.768.200	303.447.200	305.149.600	305.873.400	303.689.400
	0008	INCENTIVO FINANCEIRO DA APS - CAPITAÇÃO PONDERADA	689.673.477	755.824.005	726.858.024	731.185.245	741.578.064	742.950.417	748.752.619	754.860.031	731.272.542
	0009	INCENTIVO FINANCEIRO DA APS - DESEMPENHO	143.950.503	143.950.503	143.950.503	143.950.503	143.950.503	143.950.503	143.950.503	143.950.503	-
	000A	INCENTIVO PARA AÇÕES ESTRATÉGICAS	218.532.271	255.391.725	210.058.960	248.326.440	246.003.455	226.762.484	242.560.678	242.961.037	336.538.722
	000B	INCENTIVO FINANCEIRO DA APS - PER CAPITA DE TRANSIÇÃO	93.763.206	93.763.206	93.763.206	93.763.206	93.763.206	93.763.206	93.763.206	93.763.206	93.763.206
	000C	INCENTIVO FINANCEIRO DA APS - FATOR COMPENSATORIO DE TRANSIÇÃO	128.134.921	133.655.257	131.699.830	130.479.286	129.833.179	131.229.186	131.407.060	131.693.753	128.354.462
	000D	PROGRAMA DE INFORMATIZAÇÃO DA APS	41.155.100	37.380.100	42.252.000	39.871.600	40.051.600	44.579.900	44.675.500	44.794.900	44.757.900
		<b>Total</b>		<b>1.607.304.077</b>	<b>1.723.315.396</b>	<b>1.651.459.923</b>	<b>1.698.255.880</b>	<b>1.697.948.207</b>	<b>1.686.682.895</b>	<b>1.710.259.166</b>	<b>1.717.896.829</b>

Fonte: Tesouro Gerencial - outubro em aberto.

Convém destacar que os dados do tesouro gerencial são apresentados pelo regime de caixa, ou seja, no mês que é efetuado o pagamento, fato gerador da despesa da estratégia ou incentivo, independente do mês de competência a que se refere. Os quadros 6, 7, 8 e 9 demonstram o valor real mensal dos exercícios de 2019 e 2020, ajustando os pagamentos conforme a sua competência. Vale destacar que no mês de setembro ocorre o pagamento do 13º salário dos agentes comunitários de saúde precarizados, PO0001, e desprecarizados, PO0002, por isso o valor a maior. Assim, o valor pago para o exercício de 2019, por competência no quadro 6, é

no valor de R\$ 18.026.298.059,00, já considerando o valor para o Plano orçamentário do PAB variável do quadro 7 que soma os valores de restos a pagar pagos. Diversas outras peculiaridades podem ser encontradas na execução do PAB, porém é objeto deste trabalho apenas mostrar uma realidade de custo mensal do piso em comparação ao modelo anterior com o vigente, sem entrar na explanação de pormenores, que podem ser objeto de estudos futuros. No geral, os pagamentos vão crescendo conforme ocorre a habilitação de novos serviços e estes são implantados.

Quadro 6: POSIÇÃO: ENCERRAMENTO 2019 - Pagamentos por competência - PAB - 219A

R\$ 1,00

Plano Orçamentário	PAGAMENTOS TOTAIS EM 2019 - EXERCÍCIO + RAP												
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
219A 0001 PAB VARIÁVEL	866.872.098	692.061.513	697.204.676	691.282.642	702.429.522	701.443.075	715.773.070	718.127.544	797.955.660	817.492.291	742.551.917	1.026.052.425	9.169.246.431
219A 0002 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	241.605.970	241.592.956	243.706.818	244.796.538	245.286.250	246.470.000	248.616.250	249.363.820	499.942.690	251.321.250	260.865.000	261.989.526	3.235.557.068
219A 0003 ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL	33.707.953	33.292.803	32.659.074	32.801.024	32.984.657	32.442.255	33.407.320	37.360.567	37.536.267	36.749.577	37.377.737	37.745.237	418.064.472
219A 0004 PIUBS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28.284.800	22.790.000	51.074.800
219A 0005 PAB FIXO	429.211.542	429.211.542	429.211.542	429.211.542	429.211.542	429.211.542	429.211.542	429.211.542	429.211.542	429.211.542	429.211.542	429.211.542	5.150.538.499
219A 0007 PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UBS	402.079	0	0	79.831	0	349.997	0	646.425	0	338.457	0	0	1.816.789
<b>Total</b>	<b>1.571.799.641</b>	<b>1.396.158.814</b>	<b>1.402.782.109</b>	<b>1.398.171.577</b>	<b>1.409.911.971</b>	<b>1.409.916.869</b>	<b>1.427.008.181</b>	<b>1.434.709.898</b>	<b>1.764.646.158</b>	<b>1.535.113.116</b>	<b>1.498.290.995</b>	<b>1.777.788.730</b>	<b>18.026.298.059</b>

Fonte: Site Fundo Nacional de Saúde - repasses mensais e tesouro gerencial - elaboração própria.

Quadro 7: DETALHAMENTO PO 0001 - PAB VARIÁVEL - Pagamento por competência 2019 - Restos a Pagar Pagos.

R\$ 1,00

Plano Orçamentário - PO 0001		PAGAMENTOS TOTAIS EM 2019 - EXERCÍCIO + RAP				
		JAN	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
219A	0001 PAB VARIÁVEL - PARCELA ÚNICA - cadastre já e Programa Saúde na Escola	0	89.117.364	13.676	401.981.772	491.112.812
	PAB VARIÁVEL COMPETÊNCIA DEZ DE 2018	161.832.868	0	0	0	161.832.868
	PAB VARIÁVELCOMPETÊNCIA JAN A DEZ/2019	0	0	0	8.516.300.751	8.516.300.751
<b>Total</b>		<b>161.832.868</b>	<b>89.117.364</b>	<b>13.676</b>	<b>401.981.772</b>	<b>9.169.246.431</b>

Fonte: Tesouro gerencial - elaboração própria.

Para o exercício de 2020, a alocação dos recursos conforme a competência, pode ser vista no quadro 8, conforme execução até outubro de 2020, ainda em aberto. E no quadro 9, os restos a pagar pagos em 2020. Assim, o valor pago para o exercício de 2020, outubro em aberto, por competência, é no valor de R\$ 15.193.139.576,00, já considerando o quadro 9 dos valores de restos a pagar pagos.

Quadro 8: POSIÇÃO: Setembro aberto em 2020 - Pagamentos por competência - PAB - 219A

R\$ 1,00

Plano Orçamentário	DEA - DESPESA EXERC ANT.*	PAGAMENTOS TOTAIS EM 2020 - EXERCÍCIO + RESTOS A PAGAR										TOTAL
		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JULH	AGO	SET		
219A 0002 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE		297.152.800	300.081.600	301.088.200	310.679.600	302.768.200	303.447.200	305.149.600	305.873.400	303.689.400		2.729.930.000
219A 0008 INCENTIVO FINANCEIRO DA APS - CAPITAÇÃO PONDERADA		721.952.862	728.078.708	726.858.024	726.651.157	741.578.064	742.911.986	748.752.619	754.860.031	731.272.542		6.622.915.993
219A 0009 INCENTIVO FINANCEIRO DA APS - DESEMPENHO		143.950.503	143.950.503	143.950.503	143.950.503	143.950.503	143.950.503	143.950.503	143.950.503	143.950.503	0	1.151.604.021
219A 0004A INCENTIVO PARA AÇÕES ESTRATÉGICAS	17.852.208	316.201.881	224.395.549	229.599.704	230.936.495	238.912.340	228.101.018	231.662.487	234.700.843	336.633.389		2.288.995.914
219A 0008B INCENTIVO FINANCEIRO DA APS - PER CAPITA DE TRANSIÇÃO		93.763.206	93.763.206	93.763.206	93.763.206	93.763.206	93.763.206	93.763.206	93.763.206	84.387.266		834.492.913
219A 0000C INCENTIVO FINANCEIRO DA APS - FATOR COMPENSATORIO DE TRANSIÇÃO		131.389.664	131.377.629	130.722.716	130.479.286	129.833.179	131.229.186	131.407.060	131.693.753	128.354.462		1.176.486.934
219A 0000D PROGRAMA DE INFORMATIZAÇÃO DA APS		48.183.200	41.541.600	40.004.900	40.004.900	40.051.600	44.579.900	44.794.900	44.794.900	44.757.900		388.713.800
<b>Total</b>	<b>17.852.208</b>	<b>1.752.594.115</b>	<b>1.663.188.795</b>	<b>1.665.987.252</b>	<b>1.676.465.147</b>	<b>1.690.857.092</b>	<b>1.687.982.999</b>	<b>1.699.480.375</b>	<b>1.709.636.636</b>	<b>1.629.094.959</b>		<b>15.193.139.576</b>

Fonte: Site Fundo Nacional de Saúde - repasses mensais e tesouro gerencial - elaboração própria - setembro aberto.

\* Foi contabilizado o pagamento de agosto no valor de R\$ 17, 8 milhões em consideração a despesas de exercícios anteriores que devem ser computadas como valor pago em 2020.

\*\* Em janeiro foi computado o valor de restos a pagar pagos e o valor de R\$ 22,5 milhões do pagamento da parcela janeiro/20 do Laboratório de Prótese Dentária - LRPD.

Quadro 9: DETALHAMENTO PO 0001 - PAB VARIÁVEL - Pagamento por competência 2020 - Restos a Pagar Pagos. R\$ 1,00

Plano Orçamentário			RAP
			JAN
219A	0001	PAB VARIÁVEL - COMPETÊNCIA DEZ/2019	84.817.291
	0004	PIUBS	8.942.500
	0007	PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UBS	1.279.583
<b>Total</b>			<b>95.039.374</b>

Fonte: Tesouro gerencial - elaboração própria.

O financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) será constituído por capitação ponderada; pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas, conforme Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que altera o título II da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que diz sobre o custeio da Atenção Básica. Os recursos serão transferidos na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática, aos Municípios, Distrito Federal e Estados, repassados pelo Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde. (BRASIL, 2017)

Para compreender os modelos de financiamento da Atenção Primária foi elaborado um quadro comparativo da ação orçamentária 219A, com seus respectivos planos orçamentários, no ano de 2019 com o novo modelo de financiamento em 2020.

Em suma, o custeio do PAB sai de uma média mensal de R\$ 1,5 bilhão para R\$ 1,7 bilhão, trazendo impactos na elaboração de propostas orçamentárias futuras.

Quadro 10: Comparativo do PAB entre os Planos Orçamentários dos anos de 2019 e 2020.

AÇÃO	Plano Orçamentário em 2019	Plano Orçamentário em 2020
219A - Piso de Atenção Básica em Saúde	PO 0002 - Agente Comunitário de Saúde	PO 0002 - Agente Comunitário de Saúde
	PO 0001 - Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável	PO 0008 - Incentivo Financeiro da APS - Capitação Ponderada
	PO 0005 - Piso de Atenção Básica Fixo - PAB Fixo	
	PO 0001 - Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável	PO 0009 - Incentivo Financeiro da APS - Pagamento por Desempenho
	PO 0001 - Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável	PO 000A - Incentivo para Ações Estratégicas
	PO 0003 - Atenção à Saúde Bucal	
	PO 0005 - Piso de Atenção Básica Fixo - PAB Fixo	PO 000B - Incentivo Financeiro da APS - Transição - Programa Previne Brasil
	PO 0001 - Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável	PO 000C - Incentivo Financeiro da APS - Fator Compensatório - Programa Previne Brasil
	PO 0005 - Piso de Atenção Básica Fixo - PAB Fixo	
	PO 0004 - Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde	PO 000D - Programa de Informatização da APS

Fonte: Elaboração própria com dados do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP).

Os planos orçamentários de 2020, dispostos no quadro 10, serão oportunamente detalhados junto à comparação com seus respectivos planos orçamentários do modelo de financiamento anterior de 2019, quando for possível fazer essa correlação.

Ressalta-se que conforme quadro 4 de detalhamento dos custos mensais em 2019, o PAB vinha seguindo uma lógica de orçamentação, e que a partir de janeiro de 2020 teve que ser



adaptada à realidade de um novo modelo. Para tanto, em cada PO será explicitado o que foi levado em consideração para readequação dos recursos orçamentários, além de apontar o modo que se operava os cálculos e como ficou após o novo modelo de financiamento da APS. Destaca-se ainda que há etapas de transição do ano de 2020, sendo os PO's 000B e 000C incentivos financeiros transitórios que não mais existirão para 2021. Sendo o primeiro referente à municípios que entraram no Previn (são os que ganham receitas com o novo modelo), correspondente à população do ano de 2019 dos 4.472 municípios multiplicados pelo per capita de 5,95 no ano. E o PO000C referente 1.098 municípios com 5.002 Equipes de Saúde da Família (EsF) que não entraram no Previn (Perdem receitas). Neste caso elegeu-se a financeira máxima do ano de 2019 – melhor valor PAB (Fixo + variável) - considerando a soma dos valores de EsF, equipes de atenção primária (EAP), Gerente, NASF, PMAQ e Informatização. (HARZHEIN et al, 2019).

Segundo Harzhein et al. (2019), a fim de garantir esse ganho potencial para os 4.472 municípios, estes devem ampliar o número de pessoas cadastradas nas equipes de Saúde da família. O autor aponta que antes do novo modelo de financiamento existiam 90 milhões de pessoas cadastradas nas EsF, frente ao potencial de cobertura de 148 milhões de pessoas. A base de maio de 2020 conta com cerca de 105 milhões de pessoas cadastradas, sendo um acréscimo considerável da população coberta que cresce, fator esse que se deve ao incentivo do programa Cadastre Já, instituído pela Portaria GM/MS nº 3.263, de 11 de dezembro de 2019.

O PO 000B faz correlação com o PO 0005 PAB fixo, que não mais existirá nesses moldes para o exercício de 2021. O PAB fixo é calculado com base em um per capita anual previamente fixado. Cabe ao gestor municipal definir a forma de aplicação desses recursos. (BARBOSA e ZORTEA et al, 2016). Para o período de transição o cálculo dos valores per capita fixo foram feitos com base populacional IBGE 2019. O per capita calculado foi de R\$ 5,95 por pessoa ano, e multiplicado pela população IBGE 2019 de cada município.

Agentes Comunitários de Saúde - ACS (PO0002) – Neste PO não houve alterações em relação ao novo modelo de financiamento. Para esta política cabe destacar que somente houve manutenção dos valores de 2019 ajustados com a correção do Piso dos ACS de 2020 no valor de R\$ 1.400,00, para 2021 no valor de R\$ 1.550,00, conforme a Lei nº 13.708, de 14 de agosto de 2018. Seu custo é calculado com base no quantitativo físico de agentes existentes multiplicados por treze competências financeiras, que contabilizam o 13º salário. O quadro 7 demonstra que hoje paga-se cerca de 264 mil ACS no Brasil. (BRASIL, 2018)

Quadro 11: Quantitativo Físico de ACS.					
Plano Orçamentário	Estratégias	Quantitativo Físico pago em dezembro/2019	Plano Orçamentário	Estratégias	Quantitativo Físico pago em agosto/2020
	Agente Comunitário de Saúde - ACS	260.373		Agente Comunitário de Saúde - ACS	264.528
0001 - Piso de Atenção Básica Variável - PAB variável	ACS - Precarizado - 13º	51.223	000A - Incentivo Ações Estratégicas	ACS - Precarizado - 13º	46.461
0002 - ACS	ACS - Desprecarizado - 13º	209.150	0002 - ACS	ACS - Desprecarizado - 13º	218.481

Fonte: Elaboração própria e fonte DESF/CGFAP/SAPS.

Ainda sobre os ACS, ressaltamos sobre a existência de dois tipos: vínculo direto (desprecarizados), e os de vínculo indireto (precarizados). Sendo que o que os diferencia é que após a promulgação da Emenda Constitucional nº 51 de 2006, foi estabelecido que estes profissionais podem ser contratados diretamente pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios na forma do § 4º do art. 198 da Constituição Federal, observado o limite de gasto estabelecido na Lei Complementar de que trata o art. 169 da Constituição Federal (BRASIL, 1998).

Nesse viés, existe a contratação direta dos agentes pelos municípios, que é parte dos profissionais que obtiveram a situação regularizada, mas ainda existem municípios nos quais os ACS continuam tendo vínculos precários de trabalho.

Na transição do novo modelo de financiamento, considerou-se para os ACS 13 parcelas referente a competência financeira 08/2019, sem considerar suspensões, e para os municípios que não informaram nessa competência, foi considerado o valor da competência com maior número de agentes em 2019.

Incentivo Financeiro da APS - Capitação ponderada (PO0008) – No que se refere a este novo plano orçamentário, conforme apontado por Harzheim et. al (2019), trata-se de transferência de recursos financeiros que considera o quantitativo de pessoas cadastradas em equipes de saúde da família (eSF) ou equipes de atenção primária (eAP), ponderada por critérios de equidade. Sendo que o parâmetro de pessoas cadastradas por equipe varia de acordo com o tipo de equipe e a tipologia do município, considerando a classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos propostos pelo IBGE.

Ainda segundo o mesmo autor, para capitação ponderada foram levados em conta três critérios de equidade: vulnerabilidade socioeconômica, ajuste demográfico e ajuste de distância. Sendo para os dois primeiros há um peso diferenciado para pessoas que estão cadastradas como beneficiárias de programas sociais (Bolsa família, prestação continuada ou benefícios previdenciários do INSS até dois salários mínimos) e as que estão dentro de faixa de idade (menor que 5 anos e maior que 65 anos) que são consideradas com maior necessidade de atenção aos serviços de saúde.

Na transição entre os modelos para esse plano orçamentário foi comparada à soma dos

recursos financeiros do PAB fixo referente ao ano de 2019; 12 parcelas de recursos financeiros da competência financeira 08/2019, das ESF, NASF, sem considerar suspensões ou no caso de não informação do município considerou a competência do maior número de equipes em 2019; 6 parcelas referente a competência financeira 08/2019 dos gerentes.

Figura 1: Parâmetro de cadastro por equipe - de acordo com o tipo de município.

Tipologia rural-urbana IBGE	Parâmetro de cadastro para ESF	Parâmetro de cadastro para EAP - 20h	Parâmetro de cadastro para EAP - 30h
1 - Urbano	4.000 pessoas	2.000 pessoas	3.000 pessoas
2 - Intermediário Adjacente	2.750 pessoas	1.375 pessoas	2.063 pessoas
3 - Rural Adjacente			
4 - Intermediário Remoto	2.000 pessoas	1.000 pessoas	1.500 pessoas
5 - Rural Remoto			

Fonte: Harzheim (2019).

Na figura 1 os pesos de cada município são de acordo com a tipologia do IBGE, que considera a razão entre o parâmetro de cadastro por equipe dos municípios urbanos em relação as demais tipologias. Os valores de peso por pessoa cadastrada indicam a ponderação da pessoa no município. Um município rural remoto, por exemplo, a pessoa tem peso 2 (figura 2), e receberá duas vezes mais por pessoa cadastrada do que um município urbano (HARZHEIN et al., 2019).

A figura 2 mostra o peso por pessoa cadastrada, de acordo com os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, ajuste demográfico e ajuste de distância. Harzheim et al (2019) explica que, por exemplo, para os critérios de vulnerabilidade socioeconômica ou dentro das faixas de idade, o município será calculado 30% a mais do valor da capitação, por isso 1,3, sendo esse critério aplicado apenas uma vez. Desse modo, leva-se em conta pessoas nesses grupos enquadrados serem usuárias do SUS.

Cabe ainda uma diferenciação de composição entre as equipes de Atenção Primária (eAP) e as equipes de Saúde da Família (eSF). A eAP é composta minimamente por médico e enfermeiro, preferencialmente especialistas em saúde da família, podendo cumprir cada uma carga horária de 20h ou 30h. Já a eSF é minimamente composta por médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem cumprindo cada um 40 horas. Todas devem atender às características e necessidades de cada município, além de seguirem as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e os atributos essenciais da APS, como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade.

<b>Figura 2: Peso por pessoas cadastrada - de acordo com os critérios de vulnerabilidade socioeconômicas, ajuste demográfico e ajuste de distância.</b>	
<b>Critérios</b>	<b>Peso por pessoa cadastrada</b>
Vulnerabilidade socioeconômica ou ajuste demográfico	Não se enquadra nos critérios: 1 Se enquadra nos critérios: 1,3
Ajuste da distância	Urbano: 1 Inermediário adjacente: 1,45 Intermediário remoto: 2 Rural remoto: 2
Fonte: Harzheim (2019).	

Ainda no plano orçamentário 0008 – capitação ponderada, os valores das transferências para os municípios no novo modelo de financiamento foram comparados com os valores de 2019 para cada município, para assim, estimar o impacto de perdas e ganhos no novo financiamento nas transferências federais. Desse modo, considerou-se para o cálculo orçamentário de 2020, o PAB fixo referente ao ano de 2019; 12 parcelas dos recursos financeiros da competência financeira de agosto de 2019 das ESF e NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) e 6 parcelas do recurso financeiro da competência financeira de agosto de 2019, correspondente aos gerentes.

No modelo anterior as equipes de saúde de família compunham o antigo PAB variável, junto a outras estratégias e tinham seu custo baseado em valores unitários por equipe, não levando em conta critérios de cadastro de pessoas cobertas pelas equipes como é no atual modelo.

Para o cálculo de pontos de cada município foi estipulada meta de cadastro municipal, que considera o número de equipes EsF e EAP implantadas multiplicado pelo parâmetro de cadastro por equipe de acordo com o tipo de equipe e a tipologia do município, sendo a meta de cadastro municipal limitada a população do IBGE em 2019. Considerou-se para implantação do novo modelo de financiamento o número de equipes de cada município informadas pelo CNES competência 07/2019, limitadas ao quantitativo que já fora credenciado pelo Ministério da Saúde, acrescidas das potenciais eAP. E para fins de cálculos de cada eAP foi considerada como  $\frac{1}{2}$  eSF.

Por fim, a meta de cadastro municipal foi ponderada a partir dos pesos definidos acima, calculando o número de pontos por município. O total de pontos por município corresponde aos pontos referentes às pessoas cadastradas que atendem aos critérios de vulnerabilidade socioeconômica ou ajuste demográfico somados aos pontos referentes as pessoas cadastradas que não tendem a esses critérios, sendo o somatório multiplicado pelo peso referente ao ajuste

de distância. O total de pontos do Brasil corresponde a somatória dos pontos de todos os municípios brasileiros, considerando para o primeiro ano 100% da meta de cadastro municipal. O valor do ponto corresponde a R\$ 50,50 por ano para cada pessoa cadastrada nas equipes.

Vale ressaltar que nos moldes da Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, do novo modelo de financiamento o valor de incentivo financeiro da capitação ponderada e do pagamento por desempenho seriam recalculados a cada 4 competências financeiras. Porém, a Portaria GM/MS nº 29, de 16 de abril de 2020, prorrogou este período para junho de 2020, devido a pandemia causada pelo Covid 19 que prejudicou a avaliação. Foi publicada a Portaria GM/MS nº 47, 28 de agosto de 2020, que considerando ainda o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (covid-19), que prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada até a competência financeira outubro do ano de 2020. Recentemente, a Portaria GM/MS nº 59, de 26 de outubro de 2020 dilata ainda mais o prazo, passando a ser dezembro de 2020. Após este prazo, o novo recálculo do valor do incentivo financeiro da capitação ponderada ocorrerá na competência do Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) dezembro do ano de 2020.

Incentivo Financeiro da APS – Pagamento por Desempenho (PO0009) – parte deste plano orçamentário em 2020 será para transição dos modelos, e parte será para implementação do novo modelo. Um dos planos orçamentários de maior destaque por trazer a inovação de pagamento mediante o desempenho das equipes no município.

O período de transição considera pagamento de 8 competências financeiras referentes ao equivalente ao valor de certificação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) para os municípios participantes do 3º ciclo. Pós esse período foi calculado um desempenho por equipe, limitado ao quantitativo de equipes eSF credenciadas pelo Ministério da Saúde, acrescidas de potenciais eAP, sendo estas consideradas como ½ de eSF. Há eAPs não consideradas, pois são estimadas e não implantadas na referida competência 07/2019.

O valor do pagamento por desempenho será recalculado a cada 4 competências financeiras. Foi publicada recentemente a Portaria GM/MS nº 2.713, de 6 de outubro de 2020, que dispõe sobre o método de cálculo e estabelece o valor do incentivo financeiro federal de custeio do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil, para as três últimas competências financeiras, ficando estabelecido o valor por equipe de R\$ 3.225,00 para eSF,

R\$ 2.418,75 para eAP 30 horas e R\$ 1.1612,00 para eAP 20 horas.

Para o pagamento por desempenho a Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2020, considera que deverão ser observadas as categorias de indicadores: processo e resultados intermediários das equipes; resultados em saúde e globais de APS. Além de observarem relevância clínica e epidemiológica, disponibilidade, simplicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade. Sendo os indicadores e metas indicados pelo Ministro da Saúde, pós pactuação na CIT, com ficha de qualificação técnica dos indicadores disponibilizada em endereço eletrônico do MS.

O Brasil apostará em 7 indicadores para pagamento por desempenho, com incremento gradual de 21 indicadores até 2021. Sendo que esses indicadores abrangem a saúde materno-infantil, infecções sexualmente transmissíveis, saúde mental dentre outros. (HARZHEIM et al., 2019). Foram considerados para o cálculo final para o período de outubro a dezembro que todos os municípios irão atingir 100% dos indicadores.

O PO do pagamento por desempenho pode ser relacionado em alguma medida com o do PO PAB variável, por este ter em sua alocação as ESF e do PMAQ no ano de 2019.

Incentivo para ações estratégicas (PO000A) - tirando algumas estratégias que foram suprimidas ou acrescentadas, ainda assim, é constituído de diferentes incentivos, que dependem da contratualização de determinados programas no Ministério da Saúde. O repasse federal é condicionado ao cumprimento de alguns requisitos que estão instituídos na portaria que define cada estratégia apontada no quadro 12. Com isso vários programas federais servem como complemento as receitas municipais.

Dentre os planos orçamentários que passaram a receber a transição do PAB variável, destacamos o plano orçamentário 000A. Este plano trata-se de incentivo para as ações estratégicas e contempla o custeio de ações, programas e estratégias, conforme a Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019).

Para melhor visualização das estratégias vigentes em 2019 em relação às estratégias vigentes no novo modelo foi feito o quadro comparativo abaixo:

Quadro 12: Quantitativo estratégias de saúde do PAB.

Plano Orçamentário	Estratégias	Quantitativo Físico pago em dezembro/2019	Plano Orçamentário	Estratégias	Quantitativo Físico pago em agosto/2020
000A - Incentivo Ações Estratégicas	Microscopistas - 13º	507	000A - Incentivo Ações Estratégicas	Microscopistas - 13º	494
	Equipe de Saúde Bucal (eSB)	27.596		Equipe de Saúde Bucal (eSB)	27.339
	Consultório Na Rua (eCR)	153		Consultório Na Rua (eCR)	145
	Unidade Odontológica Móvel (UOM)	160		Unidade Odontológica Móvel (UOM)	40
	Equipe de Saúde Prisional (eABP)	288		Equipe de Saúde Prisional (eABP)	279
	Saúde do Adolescente	113		Saúde do Adolescente	124
	Programa Saúde na Hora - UBS Horário Ampliado	630		Programa Saúde Na Hora 1.0	1.094
	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)	183		Programa Saúde Na Hora 2.0	322
	Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)	19		Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)	175
	Programa Saúde na Escola (PSE)	-		Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)	25
	sem correspondência em 2019	-		Programa Saúde na Escola (PSE)	-
0003 - Atenção à Saúde Bucal	Centro de Especialidade Odontológica (CEO)	1.125	Aborvidos pelo PO 0008	Custeio Residência multiprofissional	65
	Laboratório de Prótese (LRPD)	2.468		Centro de Especialidade Odontológica (CEO)	1.150
0001 - PAB variável	Equipe de Saúde da Família (eSF)	43.223	Aborvido pelo PO 0009	Laboratório de Prótese (LRPD)	2.859
	Gerente de Unidade Básica de Saúde	622		Equipe de Saúde da Família (eSF)	45.337
	Núcleo de Ampliado de Saúde da Família (NASF)	5.487		Gerente de Unidade Básica de Saúde	não se aplica
	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)	35.026		Núcleo de Ampliado de Saúde da Família (NASF)	não se aplica
				Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)	não se aplica

Fonte: Elaboração própria e fonte DESF/CGFAP/SAPS.

Segundo BARBOSA e ZORTEA et. al (2016), o PAB variável está intimamente ligado à capacidade de adesão dos municípios às regras estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, o gestor só recebe o recurso caso implante os programas. De certa forma, isso estimulou os municípios a incorporarem os programas para que os ajudassem na receita financeira, porém no caso de não adesão, o município pode ficar prejudicado quanto a sua realidade local.

Cabe ressaltar que foi criada a estratégia incentivo de custeio aos municípios com residência médica e multiprofissional. Segundo Harzheim et al. (2019), os cálculos utilizaram a estimativa de residentes por município que comporiam as Equipes de saúde da Família, considerando os residentes em medicina, odontologia e enfermagem, sendo aplicado valores específicos para cada tipo de profissional.

Quanto as demais estratégias, ressalvado programa saúde na hora, não houve mudança no critério de repasse, apenas foi replicado o valor de 2019 para 2020.

A composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor

suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. O gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe. O pagamento de eAP, considerando a competência setembro/2020 foi de 2.453 equipes, sendo 1.918 na modalidade 20 horas e 535 na modalidade 30 horas.

O novo financiamento da APS coloca sua atenção na pessoa assistida, nenhum componente desse novo modelo é exclusivo de determinado profissional ou equipe, mas as equipes multiprofissionais não deixam de ser importantes para o desempenho da atenção primária do município. A melhoria dos indicadores em saúde, por exemplo, está diretamente relacionada à capacidade resolutiva das equipes, às ações e serviços que ofertam e aos profissionais que as compõem. Dessa forma, quanto mais adequada for a composição da equipe para resolver os problemas de saúde da população, melhor será o desempenho e efetividade desta equipe.

Cumprido ressaltar que o plano orçamentário incentivo de ações estratégicas também absorveu o plano orçamentário 0003 – Saúde Bucal como estratégia.

Por fim, é apresentado o Plano Orçamentário Programa de Informatização da APS (PO000D) – que tem é uma ação estratégia indicada pela Portaria GM/MS nº 2.979, mas que é tratada em plano orçamentário distinto para melhor gerenciamento e por ter regulamentação específica do programa.

O atual programa de informatização está regulamentado pela Portaria GM/MS nº 2.983, de 11 de novembro de 2019, que altera a portaria de consolidação nº 5 e nº 6, de 28 de setembro 2017. O programa um incentivo mensal aos municípios que aderirem. E tem como objetivo informatizar todas as equipes de atenção primária à saúde EAP e qualificar dados em saúde dos municípios e distrito federal (BRASIL, 2019).

Em 2019, o que se tinha era o programa de informatização das unidades básicas de saúde (PIUBS), com um objetivo mais restritivo que o da informatização da APS, de implantar o prontuário eletrônico em todas as UBS. O quadro 13 aponta o quantitativo físico existente de UBS e equipes informatizadas.

Quadro 13: Quantitativo estratégias de saúde do PAB.

Plano Orçamentário	Estratégias	Quantitativo Físico pago em dezembro/2019	Plano Orçamentário	Estratégias	Quantitativo Físico pago em agosto/2020
0004 - Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde	Informatização de UBS	23.831	0004 - Programa de Informatização da APS	Informatização APS	25.271

Fonte: Elaboração própria e fonte DESF/CGFAP/SAPS.



Por fim, cabe apresentar o quadro 14 que demonstra de forma simplificada a composição do PAB nos exercícios de 2019, 2020 e 2021, já que em 2019 vigorava o modelo anterior de financiamento, em 2020 o novo modelo passa pela etapa de transição, e em 2021 o novo modelo de financiamento em plena vigência, tendo a exclusão de alguns planos orçamentários transitórios, que passam a compor em termos de recursos outros planos orçamentários.

Quadro 14: Composição do PAB nos anos de 2019, 2020 e 2021		
2019	2020	2021
Agente Comunitário de Saúde	Agente Comunitário de Saúde	Agente Comunitário de Saúde
Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável	Incentivo Financeiro da APS - Capitação Ponderada	Incentivo Financeiro da APS - Capitação Ponderada
Piso de Atenção Básica Fixo - PAB Fixo	Incentivo Financeiro da APS - Pagamento por Desempenho	Incentivo Financeiro da APS - Pagamento por Desempenho
Atenção à Saúde Bucal	Incentivo para Ações Estratégicas	Incentivo para Ações Estratégicas
Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde	Incentivo Financeiro da APS - Per capita - Transição - Programa Previne Brasil	Programa de Informatização da APS
	Incentivo Financeiro da APS - Fator Compensatório Transição - Programa Previne Brasil	
	Incentivo Financeiro da APS - Transição - Programa Previne Brasil	
	Programa de Informatização da APS	
Fonte: Elaboração própria.		

Cabe ainda salientar que as mudanças ocorridas a partir do novo modelo de financiamento da APS para o melhor funcionamento do mesmo dependem do papel importante dos gestores, que deverão lidar com os riscos de não cadastramento dos usuários, falta de informação ou produção de dados equivocados e falhas nos sistemas de informação.

A longo prazo poderá ocorrer uma implementação nos recursos. Porém, a curto prazo os gestores deverão atentar-se para o influxo de novos cadastros, que consequentemente faz com que os recursos fiquem limitados devido ao desempenho insatisfatório dos indicadores e avaliações e do número de cadastro das pessoas nas equipes de saúde e de atenção primária.

É importante dizer que uma avaliação a longo prazo pode ser feita a partir da aprovação do orçamento de 2021 dos recursos alocados nesta ação do PAB. Em 2021 será possível medir os possíveis impactos de perdas e ganhos para cada município, já que o modelo terá finalizado período de transição, e será constantemente avaliado e medido o desempenho e cumprimento de indicadores para distribuição dos recursos.

Vale ressaltar que na transição para o novo modelo de financiamento não haverá prejuízo nos valores transferidos para os municípios quando comparados aos valores repassados

anteriormente. Para os municípios que apresentam manutenção ou acréscimo de valores, considerando as projeções de repasse com as novas regras em comparação aos repasses de 2019, esse comparativo já considerou os valores de 2019 referentes aos NASF-AB. Ou seja, quando comparados aos valores repassados em 2019, incluindo os valores de NASF-AB, os repasses previstos para 2020 são superiores. Já para os municípios que apresentariam decréscimo dos valores com a prospecção das novas regras, a estratégia de transição impede que tenham prejuízos em relação aos valores de 2019, visto que receberão, ao longo de todo o ano de 2020, o maior valor entre aqueles transferidos em 2019 para o Piso de Atenção Básica, o que inclui os valores relativos ao NASF-AB.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É essencial que o financiamento da Atenção Básica passe por revisões periódicas para haja diminuição das desigualdades regionais e maior distribuição igualitária dos recursos públicos para que o acesso aos serviços públicos atenda ao requisito fundamental do SUS: universalidade.

Ao ofertar maiores repasses financeiros federais aos entes que possuem uma discrepância maior de desigualdade, o sistema único de saúde reforça a prestação de serviços públicos onde mais solicita resposta às necessidades da população.

O novo financiamento surge diante da necessidade de inovações na distribuição dos recursos, e ainda mais, diante de exemplos internacionais adaptados à realidade brasileira, de melhoria do desempenho na prestação de serviço ofertada pelos gestores municipais.

O Brasil optou pelo modelo misto de financiamento da APS. Uma parte do orçamento vai depender do atendimento dos critérios de adesão aos programas e ações estratégicas estipulados pelo Ministério da Saúde, mas a outra parte dependerá de melhoria do desempenho dos gestores locais e sua responsabilização. Além disso, é uma tentativa de diminuir as desigualdades regionais que existem na dimensão territorial brasileira por meio da criação de critérios que levem em conta a vulnerabilidade socioeconômica, localização diante dos grandes centros urbanos, e critérios demográficos.

Já pode ser considerado um grande avanço romper com a lógica do financiamento por procedimentos que antes era adotado. Isso colaborou para redução das desigualdades entre os entes. E com a adoção de critérios de indicadores sociais para repasse federal aos municípios, demonstra que se busca a aproximação com a necessidade real do coletivo.

O Ministério da Saúde é um importante financiador e indutor das políticas públicas de saúde relacionados à Atenção Básica, portanto, tem grande papel para minimização das desigualdades sociais do país.

Este trabalho buscou apresentar as principais inovações que o novo modelo de financiamento da APS na União trouxe em relação ao modelo anterior, no que tange ao Piso de Atenção Básica em Saúde. Com o objetivo de compreender as inovações do novo modelo de financiamento e apresentar dentro dos aspectos orçamentários essa nova política.

A partir da execução orçamentária podemos observar que houve um crescimento no custo mensal do PAB. Porém, é muito incipiente dizer que o novo modelo representou ganhos orçamentários em relação ao modelo anterior, pois o crescimento pode se dar não somente

pela mudança de financiamento, mas também pela necessidade de expansão na implantação dos serviços das ações estratégicas.

Cabe ressaltar que a população coberta pelas equipes de saúde da família houve um crescimento significativo de 90 para 105 milhões, e que se não houvesse o fator externo causado pela pandemia causada pela covid-19 talvez esse número fosse ainda maior.

Desse modo, pode-se levantar a necessidade de outros estudos que demonstrem de uma forma analítica os ganhos de eficiência e qualidade prometidos por esse novo modelo de financiamento a partir de um lapso temporal maior de vigência do modelo.

O novo modelo foi construído em conjunto com as entidades que representam os municípios e estados, e que colaboram para um maior controle social da efetividade das políticas públicas, e da melhor utilização dos recursos públicos na saúde. Mas neste novo modelo de financiamento cabe também a cada gestor a responsabilização pelo desempenho da APS e um olhar diferenciado para indicadores que elevam a qualidade do atendimento na rede pública de saúde.

O novo modelo não deixa de ser uma tentativa de padronização e integração da rede de APS no Brasil. É a incessante busca pela criação de novos fluxos de trabalho, que tragam uma comunicação entre a rede de APS e que colabore para um melhor monitoramento dos gastos de saúde. É uma iniciativa nobre em rever uma política de financiamento de uma rede atenção tão complexa na tentativa de encontrar melhorias e melhores avaliações. Mas cabe aqui uma ressalva que não será a primeira e nem a última vez que será necessário revisitar os modelos de financiamentos aplicados a rede pública de saúde. A escolha adequada de uma melhor forma de gerir os recursos públicos de saúde deve se adaptar à necessidade da população, aos contingenciamentos e novas regulamentações orçamentárias e as realidades de possíveis crises sanitárias, tais como a que ocorre neste momento. A saúde pública deve permanecer em constante avaliação e construção de modelos e diretrizes que melhor atendem aos anseios do coletivo.

## REFERÊNCIAS

Banco Mundial. Um ajuste justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil 2017. Disponível em: <<https://www.worldbankorg/pt/country/brazil/publication/brazilexpenditure-review-report>>. Acessado em 31/08/2020.

Banco Mundial. Um ajuste justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil 2017. Disponível em: <<https://www.worldbankorg/pt/country/brazil/publication/brazil-expenditure-review-report>>. Acessado em 31/08/2020.

BARBOSA, Mirceci. ZORTEA, Angelo et. al. Financiamento da Atenção Básica à Saúde no Brasil: do piso da atenção básica à remuneração por desempenho. Contido em Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB). 1.ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 101-123. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/149936>. Acesso em 15/10/2020.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado)>. Acesso em 15/10/2020.

BRASIL. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental do Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9795](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795)>. Acesso em: 15/10/2020.

BRASIL. Lei complementar nº 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141)>. Acesso em: 15/10/2020.

BRASIL. Lei nº 13.708, de 14 de agosto de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para modificar normas que regulam o exercício profissional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Disponível em: <[https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/46675197](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/46675197)>. Acesso em: 15/10/2020.

BRASIL. Lei nº 13.978, de 17 de janeiro de 2020. Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2020. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/lei/113978](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113978)>. Acesso em: 15/10/2020.

BRASIL. Lei nº 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080)> Acesso em: 15/10/2020.

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. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)> Acesso em: 15/10/2020.

BRASIL. Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público – MCASP. 8ª Edição, 2018. STN – Disponível em: <https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/manual-de-contabilidade-aplicada-ao-setor-publico-mcasp/2019/26>. Acesso em: 15/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2017; Disponível: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006\\_03\\_10\\_2017](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017) Acesso em 15/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 15/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição. Disponível em: < <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>. Acesso em: 15/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 169, de 31 de janeiro de 2020. Define o valor per capita para efeito do cálculo do incentivo financeiro da capitação ponderada do Programa Previne Brasil. Disponível em: < <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-169-de-31-de-janeiro-de-2020-240912927>> Acesso em: 15/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 172, de 31 de janeiro de 2020. Dispõe sobre municípios e Distrito Federal que apresentam manutenção ou acréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil e sobre o valor per capita de transição conforme estimativa populacional da Fundação IBGE. Disponível em: < <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-172-de-31-de-janeiro-de-2020-240912930>> Acesso em: 15/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 173, de 31 de janeiro de 2020. Dispõe sobre os municípios que apresentam decréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras do financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil. Disponível em: < <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-173-de-31-de-janeiro-de-2020-240912938>> Acesso em: 15/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.263, de 11 de dezembro de 2019. Estabelece o incentivo financeiro de custeio federal para implementação e fortalecimento das ações de cadastramento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Disponível em: < <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.263-de-11-de-dezembro-de-2019-232941846>> Acesso em: 15/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996). Acesso em: 15/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.713, de 6 de outubro de 2020. Dispõe sobre o método de cálculo e estabelece o valor do incentivo financeiro federal de custeio do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previnde Brasil. Disponível em: < <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.713-de-6-de-outubro-de-2020-281542903>>. Acesso em: 15/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previnde Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em: 15/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: < <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>. Acesso em: 15/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 29, de 16 de abril de 2020. Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previnde Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (covid-19). Disponível em: < <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-828-de-17-de-abril-de-2020-253755257>>. Acesso em: 15/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992\\_28\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html)>. Acesso em: 15/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 47, de 28 de agosto de 2020. Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previnde Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (covid-19). Disponível em: < <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-47-de-28-de-agosto-de-2020-274962801>>. Acesso em: 15/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 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. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993)>. Acesso em: 15/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 828, de 17 de abril de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-828-de-17-de-abril-de-2020-253755257>>. Acesso em: 15/10/2020.

CONASEMS. Novo Modelo de Financiamento de Custeio da Atenção Primária à Saúde. Nota técnica em novembro de 2019.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Orçamento público. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao> >. Acesso em: 15/10/2020.

COSTA, Nilson do Rosário; PINTO, Luiz Felipe. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 907-923, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000400022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15/10/2020.

E-GESTOR. Informação e Gestão da Atenção Básica. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br> Acesso em: 15/10/2020.

Fundo Nacional de Saúde – FNS. Repasses do dia. Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/repassa-dia>>. Acesso em: 15/10/2020.

MACHADO, Edite Novais da Mata; FORTES, Fátima Beatriz Carneiro Teixeira P.; SOMARRIBA, Mercês. Efeitos da introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e a prestação de serviços: o caso de Minas Gerais. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 99-111, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232004000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232004000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15/10/2020.

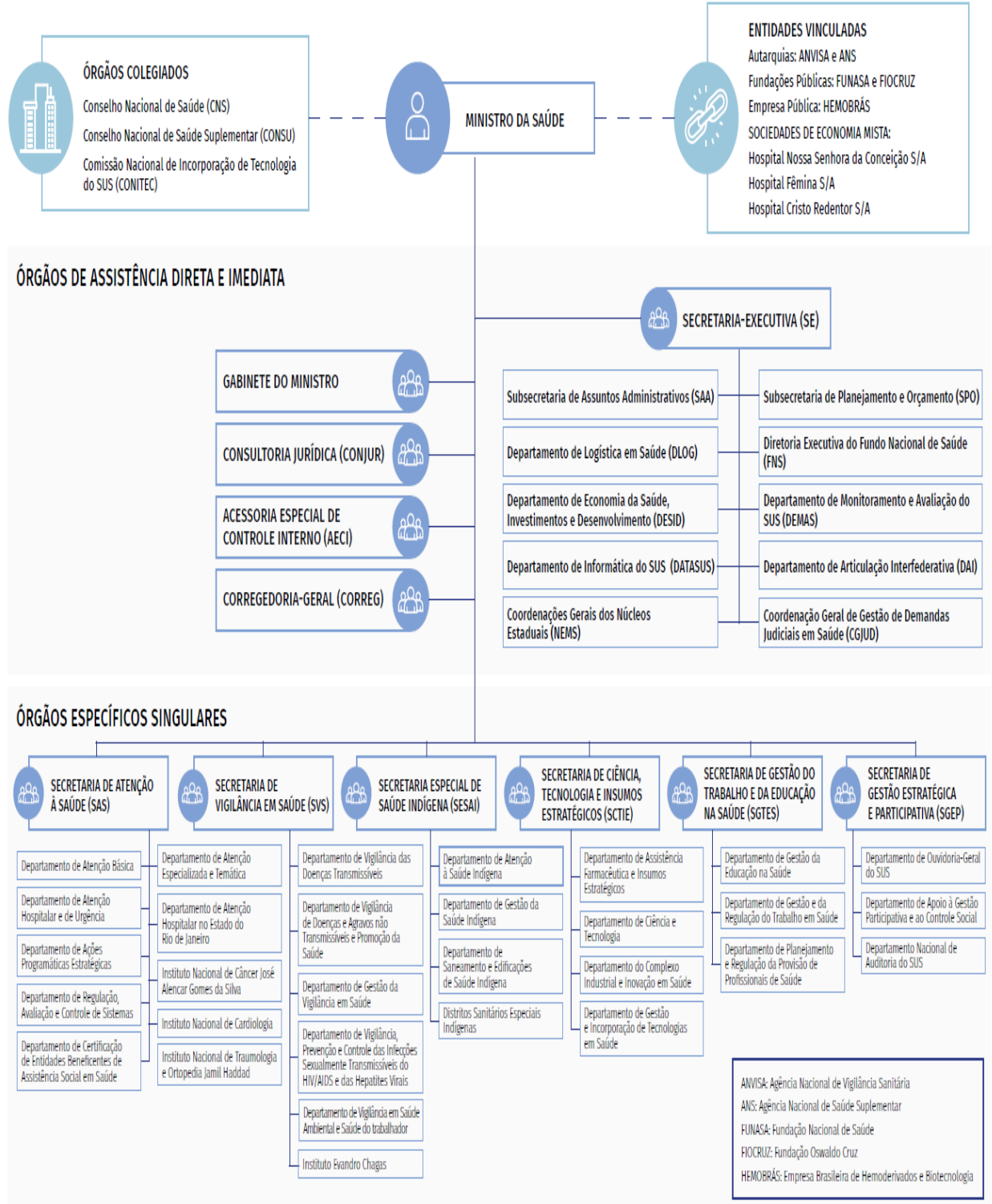
MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, abril de 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000401181&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401181&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15/10/2020.

Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento – SIOP. Disponível em: <<http://www1.siop.planejamento.gov.br/acessopublico/?pp=acessopublico&rvn=1>>. Acesso em: 15/10/2020.



## ANEXO (S)

MINISTÉRIO DA SAÚDE - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL BÁSICA (Decreto nº 8.901, Diário Oficial da União, 11 de novembro de 2016)



## Ministério da Saúde – Estrutura Organizacional Básica

(Decreto nº 9.795, de 17/05/2019, publicado no DOU de 20/05/2019, alterado pelo Decreto nº 9.816, de 31/05/2019)

