

Piso de Atenção Básica: um marco no financiamento e equidade na distribuição dos recursos financeiros do SUS.

Claunara Schilling Mendonça

RESUMO

Este artigo discute a relevância do financiamento dos Sistemas de Saúde enquanto uma proxy da priorização de políticas públicas. A partir de uma análise do Piso de Atenção Básica (PAB), criado na Norma Operacional Básica de 1996, e implantado em 1998, o mesmo tornou-se um exemplo de uma política de financiamento dos recursos federais exitosa, tendo sido adotado por todos os municípios brasileiros e ter uma pactuação e financiamento tripartite.

Palavras-chave: Financiamento, Piso da Atenção Básica (PAB)

ABSTRACT

This article discusses the relevance of Health Systems financing as a proxy for the prioritization of public policies. From an analysis of the Basic Care Premium (PAB), created in the Basic Operational Standard of 1996, and implemented in 1998, it has become an example of a successful federal funding policy, having been adopted by all Brazilian municipalities and having a tripartite pact and funding.

Keywords: Funding, Basic Care Premium (PAB)

Revista da Rede APS 2023

Publicada em: 14/06/2023

DOI:10.14295/aps.v5i1.275

Claunara Schilling Mendonça
(UFRGS, Porto Alegre, RS,
Brasil)

Correspondência para:

Claunara Schilling Mendonça
cmendonca@hcpa.edu.br

Submissão recebida em 30 de maio de 2023.
Aceito para publicação em 09 de junho de 2023.
Aprovado pela editoria científica

INTRODUÇÃO

O financiamento como um componente dos Sistemas de Saúde pode ser analisado como uma proxy da priorização de políticas públicas. Nesse sentido, o Piso de Atenção Básica, criado na Norma Operacional Básica de 1996, e implantado em 1998 é um exemplo de uma política de financiamento dos recursos federais exitosa, tendo em vista ter sido adotado, em 10 anos, por todos os municípios brasileiros, e ter uma pactuação e financiamento tripartite.

Autores que avaliam características que dão sustentabilidade às Políticas Públicas apontam que em relação ao financiamento a sustentabilidade aumenta quando as políticas tem múltiplas fontes de recursos e quando as estratégias de financiamento são implementadas desde o início dos programas/políticas. Por outro lado, adiar os esforços para obter financiamento para sua manutenção posterior é um grande obstáculo para sua sustentabilidade.

Tendo em vista todos os artigos que diziam respeito ao financiamento do SUS terem sido vetados na Lei 8080, de 1990, uma legislação infraconstitucional, por meio de portarias e decretos foram sendo publicadas a fim de dar sustentabilidade ao financiamento e repasses entre os entes federados do SUS. Em 1996, foi criado o Piso de Atenção Básica, responsável pela principal meta de um sistema universal de saúde que é proporcionar equidade na distribuição dos recursos financeiros (Starfield, 2002) e pela primeira vez na história dos recursos federais para a saúde, foram descentralizados para todos os municípios brasileiros.

O PAB fixo, com um valor per capita médio de R\$10,00 habitante /ano em 1998, passou a fazer parte das transferências federais a todos os municípios brasileiros de acordo com sua população do censo IBGE. Seguido do PAB variável, indutor de um modelo de atenção que é a estratégia de Saúde da Família foi responsável, com dez anos de sua vigência, por transformar estados como o Piauí e Tocantins, que tinham muito pouco recursos federais, baseados no pagamento por série histórica de recursos MAC (média e alta complexidade) nos maiores per capita da atenção básica do país nos anos subsequentes à implantação das Equipes de Saúde da família nesses estados.

DISCUSSÕES

Em muitos municípios do país, o financiamento federal para a atenção básica, por meio dos Pisos de Atenção Básica, Fixo e Variável, passou a ter uma participação percentual cada vez maior em relação às demais transferências intergovernamentais.

A comparação dos repasses estaduais fundo a fundo pelos PABs e o Fundo de Participação dos Municípios, de 2008, quando a cobertura populacional da população brasileira era de aproximadamente 50%, para 2018, quando a cobertura era de aproximadamente 64%¹.

O Piso de Atenção Básica, como forma de dar sustentabilidade econômica à Política Nacional de Atenção Básica, de 2006, seguiu as características de ter diferentes fontes, com os recursos federais com 16,6%, os Estados 6% e os municípios com 36% de investimentos em atenção básica em 2018, o que impulsionou a implantação das Equipes de Saúde da Família com Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (SAF),

¹ Tais dados podem ser consultados através dos seguintes links:

1) <https://www.tesourotransparente.gov.br/consultas/transferencias-constitucionais-realizadas>

2) <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>

Saúde da Família Prisional, Ribeirinha e de População na Rua. Além do PAB, foram criados incentivos especiais dentro da atenção primária para atendimento a populações historicamente negligenciadas, como quilombolas, assentamentos agrários, populações indígenas e todos os municípios do país com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (Brasil, 2008). Criado em 2001, o Programa de Consolidação e Expansão da Saúde da Família (PROESF), teve o objetivo de apoiar a expansão da cobertura, consolidação e qualificação da ESF nos municípios com população acima de 100 mil habitantes (Brasil, BIRD 2002).

Outro avanço da Saúde da família foi seu maior alinhamento com as demais políticas sociais, o que foi chamado em Astana, Cazaquistão, em 2018, “Saúde em Todas as Políticas”. O Programa Saúde na Escola com o Ministério da Educação e o Programa Mais Médicos (Brasil, 2007; Brasil, 2013), o Bolsa Família com o Ministério do Desenvolvimento Social, na questão agrária com os Territórios da Cidadania do Ministério do Desenvolvimento Agrário, com a criação, por exemplo das equipes de saúde bucal sobre rodas, para as grandes extensões rurais do país, os Territórios da Paz com o Ministério da Justiça e os Editais de Saúde e Cultura com o Ministério da Cultura (Mendonça, 2009). A abrangência de ações intersetoriais na Saúde da Família e a busca da integralidade ampliou o lócus de atuação dos profissionais da APS para os domicílios, com a política da atenção domiciliar e nas academias da saúde, buscando responder às novas e complexas necessidades da população (Brasil 2013 a,b).

Seguindo, desde sua criação outra característica que dá sustentabilidade às Políticas Sociais, como a flexibilidade (Savaya et al, 2008). Estudos mostram que a capacidade de uma política mudar de acordo com as circunstâncias e necessidades aumenta sua chance de sobrevivência (Fagen et al, 2009).

No momento que o Ministério da Saúde deveria concentrar esforços na manutenção da cobertura da Saúde da Família no Brasil, estimulando, principalmente os municípios de médio e grande porte o alcance da cobertura universal pela Saúde da Família e proporcionar à

população coberta os mesmos benefícios tão vastamente apontados na literatura (Macinko et al, 2006, 2007 e 2010, Rasella et al 2010, Aquino et al 2009 e Bastos et al, 2017) para a população adscrita às equipes, a decisão foi acabar com o PAB com o Programa Previne Brasil (Brasil, 2019)

O principal argumento utilizado pelo Ministério da Saúde naquele momento era de que havia aproximadamente 44 milhões de pessoas sem cobertura de Saúde da Família e a proposta para resolver isso era vincular o financiamento existente (PAB fixo e variável) à população cadastrada nas equipes. Se esperaria, portanto, que a decisão de encerrar um formato tão exitoso de financiamento como indutor e mantenedor de uma política por outra metodologia resultasse de fato em aumento da cobertura da política e ampliação do acesso da população brasileira à atenção primária à saúde. Mas não foi esse o resultado alcançado.

Em dezembro de 2019, no mês posterior ao do lançamento da portaria do Previne Brasil, o Brasil tinha 43.755 Equipes de Saúde da Família sendo financiadas pelo Ministério da Saúde, cobrindo uma população de 133.710.730 milhões de pessoas, numa média de 3.089 pessoas por equipe, uma cobertura de 64,5%. Em dezembro de 2020, o número de equipes de saúde da família baixa para 43.286, representando 63,6% da cobertura nacional. Isso significa que em todo o ano de 2020, não houve habilitação de Equipes de Saúde da Família, e todo o investimento da Atenção Primária foi para municípios com equipes já existentes que aderiram ao Programa Saúde na Hora, que implementou o horário estendido das Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, contrariando um dos objetivos da própria política, em seu Art. 519-B que era “II - ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família”.

Em 2021, com uma população estimada de 213.317.639 milhões de habitantes, o Brasil contava com 47.501 Equipes de Saúde da Família, que representa uma cobertura de 67%, o Ministério da Saúde sequer alcançou 30% da cobertura necessária para os 44 milhões de “excluídos” da atenção primária brasileira,

segundo seu argumento para a mudança no financiamento.

O crescimento das ESF no ano de 2021 se deu basicamente com DUAS portarias, uma que implantava 19 ESF (PT nº 31 de 20 de maio de 2021) e a outra portaria (PT nº 45, de 20 de junho de 2021), novas 3.374.

Se não houve crescimento dos recursos federais para a Saúde da Família, como foi que essa proposta de findar com esse formato tão democrático e equânime que era o PAB foi aceita pelos municípios e pactuada na Tripartite de agosto de 2021?

No modelo do PAB fixo, o repasse federal considera toda a população para o cálculo, num valor médio, em 2019, de 25 reais por pessoa, representando aproximadamente 5 bilhões de reais em 2019. Quando o recurso passa a ser repassado pela população cadastrada, os valores per capita de aproximadamente 60 milhões de pessoas não cobertas pela Atenção Primária - 20 milhões sem cobertura e 40 milhões da saúde suplementar - migram para os municípios com ESF e EAP, aumentando o valor per capita nesses municípios.

A outra modalidade modificada pelos recursos variáveis do PAB, que é a capitação ponderada, aumentou seu valor médio ao agregar, além do PAB fixo, repassado somente para população cadastrada, os incentivos variáveis da ESF (aproximadamente 12 bilhões) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (aproximadamente 900 milhões), além dos incentivos para gerentes de UBS, com valores pouco expressivos.

Além disso, o pagamento por desempenho, pactuado na tripartite de 28 de novembro de 2019, com valores progressivos segundo o cumprimento de metas de indicadores assistenciais, nos anos pandêmicos, foram flexibilizados e pagos no teto, como se as metas fossem plenamente atingidas, o que representou novos recursos aos municípios. Em 2022, quando o regramento passa a ser analisado, a partir da população cadastrada e das informações assistenciais registradas no e-SUS, avaliadas pelo Ministério da Saúde, com médias ponderadas de alcance, fica evidente as

dificuldades municipais no alcance das metas, e consequentemente dos recursos, bem como na sua autonomia de monitorar e implementar ações corretivas visando o bem da população na obtenção dos cuidados a que tem direito, já que todo o cálculo é centralizado no Ministério da Saúde e os municípios tem somente o resultado municipal, e não por equipe.

Esses argumentos são trazidos aqui com a intenção de estimular a reflexão sobre o que deve ser modificado e revogado na legislação entre os anos de 2019 a 2022, especialmente em relação ao modelo de financiamento. Mas algumas dessas portarias feriram o modelo de atenção da atenção primária brasileira, como é o caso da PT G/MS nº 937, de 05 de maio de 2022, que contrapõe a construção de matriciamento pela atenção especializada, de tão difícil acesso pela população brasileira, incluindo ginecologistas e pediatras nas Equipes de Saúde da Família. Esse modelo já existe no Brasil desde a década de 40, e passou a ter financiamento com as Equipes de Atenção Primária (EAP), com a flexibilização das cargas horárias médicas nessas equipes. E todos os estudos que avaliam atenção à saúde da criança e das mulheres, comparando ESF com Unidades Básicas Tradicionais, com pediatras, ginecologistas e clínicos, mostra equiparação ou melhor resultado nas ESF, mesmo em regiões de maior vulnerabilidade social. (Harzheim et al, 2007; Chomatas, 2009; Pitilin et al, 2015; Carvalho et al 2015 e Ferrer et al, 2016).

Os desafios do momento atual da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, para além do seu status como secretaria é ampliar seu orçamento em relação ao financiamento dos demais recursos assistenciais, almejando a meta de 30% dos seus investimentos em APS e uma clara política de desenvolvimento da força de trabalho na APS. A OMS Europa, em estudo do The European Primary Care Monitor referente aos anos de 2008-2009, demonstrou que o gasto na APS em relação ao total de gastos em saúde, variou de 4,7% na República Checa e 25,6% na Suíça, e o principal desafio dos países diz respeito a garantia da reposição da força de trabalho envelhecida e sem reposição, tendo em vista

que somente um quinto dos médicos graduados escolhem a pós graduação em family medicine/general practice (Kringos D et al, 2013).

No processo histórico de construção do SUS, a Saúde da Família desenvolveu-se de forma gradativa e é a alavanca principal do avanço da atenção primária à saúde no Brasil. Nenhuma outra iniciativa dentro do SUS alcançou a magnitude dessa política que hoje é globalmente citada como exemplo de sucesso (OMS, 2018). Se a prioridade de uma política se dá pelo seu “valor” - financeiro e social, precisamos recolocar na pauta tripartite, valores per capita capazes de ofertar qualidade da atenção, valores variáveis capazes de induzir modelos de atenção: Agentes Comunitários de Saúde, NASF, Saúde Bucal, Saúde Mental de base comunitária, com a integração das equipes de Saúde da Família com os Centros de Atenção Psicossocial no território

CONCLUSÃO

Novos recursos, do governo federal, ampliando dos atuais 16% para 30% dos recursos assistenciais para a APS/Saúde da Família, bem como os recursos estaduais precisam ser investidos para garantir a integralidade e coordenação do cuidado a partir da APS: investir nos recursos laboratoriais e de imagem e na atenção especializada, com regulação de acesso real, e de forma regionalizada.

Enfim, a Saúde da Família deve voltar ao centro do debate, porque, como bem disse o representante da região das Américas, ministro da saúde argentino A. Rubinstein, na Conferência Mundial de Astana, em 2018: o Brasil é nosso melhor exemplo!

REFERÊNCIAS

- Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health*. 2009; 99(1):87-93.
- Bastos ML, Menzies D, Hone T, et al. The impact of the Brazilian family health strategy on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. *PLoS One*. 2017; 12(8):e0182336.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2979, 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.
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. BRASIL.
- Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.
- Carvalho SC et al. Internações hospitalares de crianças por condições sensíveis à atenção primária à saúde em Pernambuco, Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saude Publica*,31 (4):744-754,2015.
- Chomatas ERV, Vigo A, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da Atenção Primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2007. Dissertação de Mestrado em Epidemiologia. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
- Fagen MC, Flay BR: Sustaining a school-based prevention program: results from the Aban Aya sustainability project. *Health Educ Behav* 2009, 36:9–23.
- Ferrer APS et al. Primary care evaluation in the Brazilian contexto: effects of the health care model transition. *Current Pediatric Research*, 20(1-2): 118-125, 2016
- Harzheim E, Álvarez-Dardet C. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2007;3(9):60–61.
- Kringos D et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract*. 2013, NOV; 63 (616):e742-e750. DOI: 10.3399/bigp13X674422.
- Macinko J, Guanais F, Souza F. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006; 60:13-9. 41.
- Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saude em Debate*. Rio de Janeiro, V 42. Nº Especial 1, p.18-37, set 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S102
- Mendonça CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca. *Cien Saude Colet* 14 (Supl 1) 1493-1497, 2009.
- Pitilin EB et al. Internações sensíveis à Atenção Primária específicas de mulheres. *Ciencia & Saude Coletiva*, 20(2): 441-448, 2015.
- Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Reducing Childhood Mortality From Diarrhea and Lower Respiratory Tract Infections in Brazil. *Pediatrics*. 2010; 126(3):e534-40.
- Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC public health*. 2010; 10:380. 40.
- Savaya R, Spiro S and Elran-Barak R. Sustainability of Social Programs: A Comparative Case Study Analysis. Dec 2008. *American Journal of Evaluation*, 29 (4). DOI 10.1177/1098214008325126

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). Primary Health Care: transforming vision into action - operational framework. World Health Organization, 2018.