

Financiamento do SUS e APS: ameaças aos avanços de três décadas

Renato Tasca (Rede APS), Claunara Schilling Mendonça (UFRGS), Philipe Scherrer Mendes (CEDEPLAR/UFMG), Allan Claudius Queiroz Barbosa (IEAT/FACE/UFMG),

Esta nota técnica se insere no conjunto de ações desenvolvidas pela Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde e apresenta uma posição sobre financiamento da APS considerando a trajetória de avanços, desafios e ameaças desde sua constituição. Nesta perspectiva, pretende-se descrever e analisar objetivamente as políticas públicas de financiamento do SUS ao longo das décadas considerando a APS como referência. Ainda, esta Nota Técnica procura apontar os principais mecanismos e dispositivos financeiros que permitiram a expansão da APS em sua trajetória no SUS. Por fim, ao discutir sobre desafios e ameaças à estratégia da APS à luz das ações governamentais dos últimos anos, apresenta uma posição para a Rede APS.

O debate sobre financiamento da saúde é um dos mais candentes e relevantes acerca das prioridades e estratégias governamentais voltadas ao fortalecimento (ou não) de um sistema de saúde. No caso brasileiro, tem seu pilar na Constituição Federal que estabelece aos governos federal, estadual e municipal a obrigatoriedade pelo custeio das despesas com ações e serviços públicos de saúde.

Com efeito, a implementação do SUS, com suas normas operacionais ordenando a transferência de recursos financeiros aos estados e municípios, deu condições funcionais à uma saúde descentralizada e permitiu que ações estruturantes fossem implantadas ao longo dos anos. O forte estímulo à APS através da Norma Operacional Básica do SUS (NOB) 01 de 1996¹, veio com a criação do Piso da Atenção Básica (PAB) e a política de incentivos para o Programa da Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Criado como estratégia de reorientação dos serviços de atenção à saúde, com foco na promoção da saúde e na participação da comunidade, alcançou em 1997 as condições objetivas necessárias à expansão e consolidação deste modelo de atenção à saúde. A implementação do PAB, através de transferência do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos municípios de forma regular e automática deveria ser identificada nos orçamentos municipais como receita de transferências intergovernamentais provenientes da esfera federal, destinados exclusivamente à execução de ações e serviços de atenção básica à saúde.

Sua dinâmica permitiu atingir a todos os municípios brasileiros com valores por habitante conforme população definida pelo IBGE juntamente com seu componente variável, voltado a induzir a adoção e ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo repassado mensalmente segundo tipos, números de equipes implantadas e composições profissionais previstas. Isso teve um grande impacto na distribuição dos recursos federais aos municípios. Em muitos casos, em municípios menores, a soma dos valores do PAB fixo e variável era maior que o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), outra modalidade de transferência fiscal da União repassada aos municípios.

¹ Segundo Silva e Mendes (2004) a NOB 01/96 "instituiu a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica e redefiniu as responsabilidades da União e dos Estados." (pág.22).

Este modelo sofreu uma profunda alteração a partir de 2016 como consequência das ações no plano econômico. Com efeito, a Emenda Constitucional 95 de 2016 propunha ações de austeridade no qual o gasto primário do governo federal ficou limitado por um teto definido pelo montante gasto no ano anterior, sendo reajustado pela inflação acumulada do período.

Neste contexto, foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS em 2017 mudança instituindo uma nova Política Nacional de Atenção Básica e em 2019 o Ministério da Saúde mudou a forma do financiamento da Atenção Primária à Saúde. Aprovada em outubro durante reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), faz com que o repasse de recursos aos municípios considerasse o número de usuários cadastrados nas equipes de saúde e o desempenho das unidades, a partir de indicadores tais como qualidade do pré-natal, controle de diabetes, hipertensão e infecções sexualmente transmissíveis.

O programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, prevê um novo modelo de financiamento de custeio da APS e altera formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: **capitação** ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

A figura 1 a seguir apresenta uma linha do tempo apontando os marcos significativos desta trajetória, apontando diferentes momentos desde sua preparação, expansão e culminando com os potenciais ameaças que surgiram em tempos recentes.

Fig. 1 Marcos temporais da Trajetória da APS no Brasil - 1988 a 2019



Fonte: elaborado pelos autores.

Em meio a estas profundas transformações, é inegável o acerto na escolha deste modelo de Atenção à Saúde. Pinto e Giovanella (2018) observam

A grande expansão do número de equipes de Saúde da Família implantadas nos últimos 20 anos, que segundo dados do Departamento de Atenção Básica, passaram de 2.054 em julho de 1998 para 41.619 em outubro de 2017. Se considerarmos o mesmo critério de que uma equipe é responsável em média por 3.450 pessoas, a cobertura de pessoas cadastradas pelas ESF nesse período passou de 4,4% (sete milhões de brasileiros) para cerca de 70% (143 milhões). (pág 1907)

O gráfico 1 apresenta esta evolução.

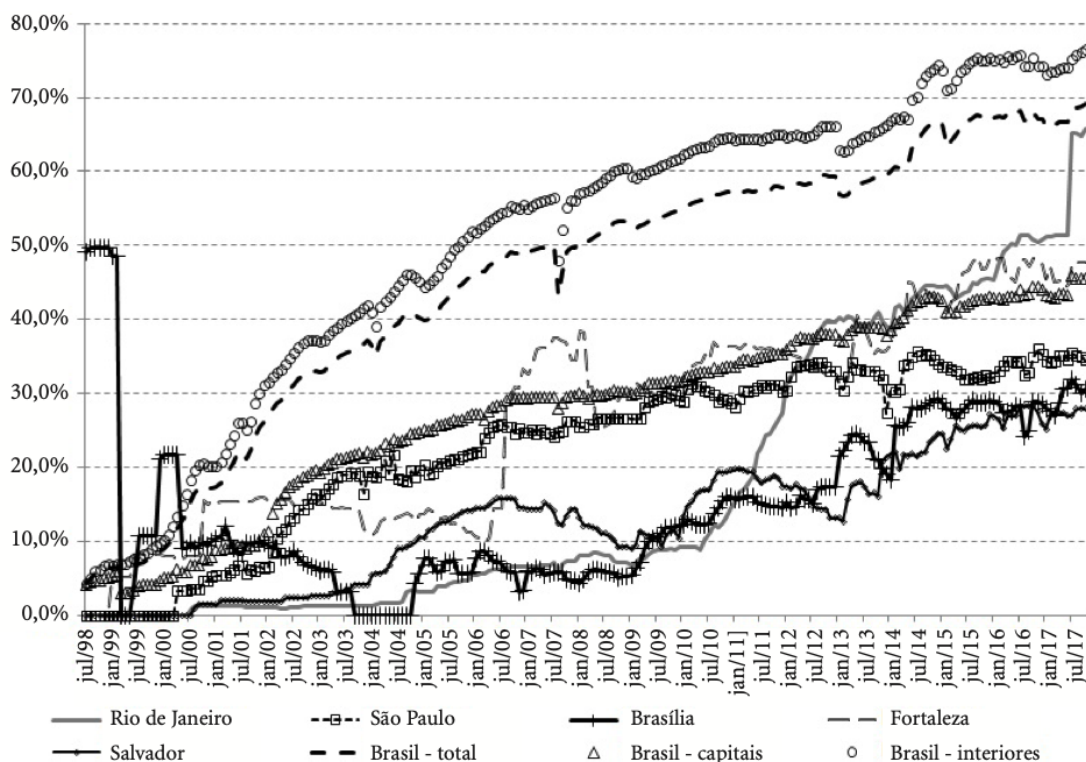


Gráfico 1. Evolução da cobertura de pessoas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família - Brasil e cinco capitais mais populosas – 1998 a 2017.

Fonte: DAB/SAS/ Ministério da Saúde¹⁸, a partir do número de equipes implantadas. Considerou-se que uma ESF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Para os dados populacionais, estimativas populacionais para o meio do ano do IBGE e Censos Demográficos de 2000 e 2010.

Fonte: extraído de Pinto e Giovanella (2018)

Some-se a isso as evidências nos resultados de saúde da população que a APS enquanto modelo de atenção alcançou. Ao analisar a Estratégia de Saúde da Família, Macincko e Mendonça (2018) identificam, através de ampla revisão da literatura sobre os efeitos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil e **utilizando** dos conceitos de acesso, proteção financeira, qualidade dos serviços, eficiência no sistema, impacto na saúde e equidade preconizados pela OMS, que seus resultados contribuem para a melhoria em todos esses indicadores, estando próximos aos níveis de países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico.²

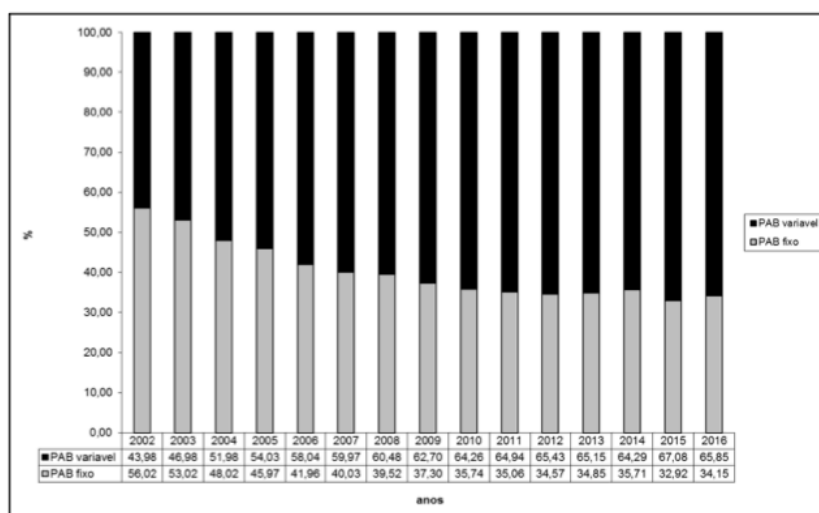
² Mrejen et al (2021), fazendo uma análise de 5411 municípios brasileiros entre 2000 e 2014, apontam que investimentos na APS de qualidade, com profissionais de saúde capacitados, podem proporcionar reduções na mortalidade e hospitalizações em países de média e baixa renda.

Tasca et al. (2020) destacam que o avanço na cobertura da ESF sugere importantes melhorias na prestação de serviços e nos resultados em saúde, além de importante papel em beneficiar parcela mais vulnerável da população, com redução das iniquidades sociais.

Os **gráficos 2 e 3** apontam a evolução dos recursos destinados à APS a partir de 2002 (Gráfico 2) vis a vis os aportes destinados à APS em comparação à média e alta complexidade. No primeiro, observa-se a evolução do componente variável ao longo dos anos, o que sugere a consolidação da estratégia com o reconhecimento dos resultados obtidos.

Gráfico 2

EVOLUÇÃO DA COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DO BLOCO DE FINANCIAMENTO FEDERAL PARA A ATENÇÃO BÁSICA. BRASIL, 2002 A 2016



Fonte: Sage – transferências de AB.

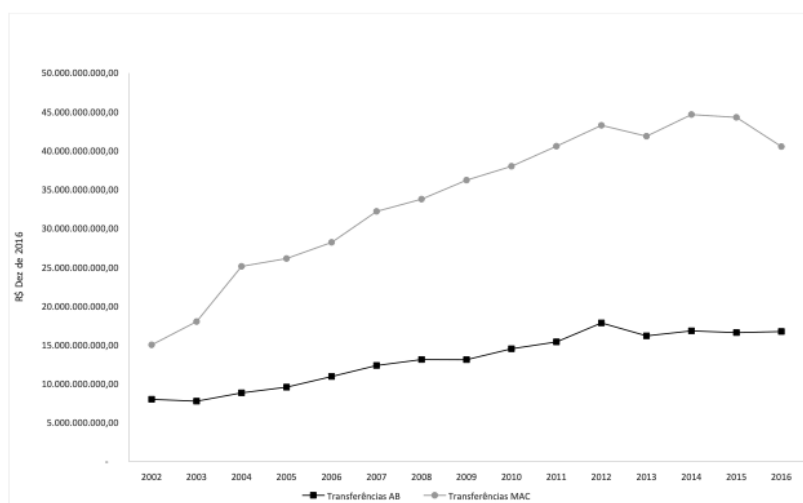
No **terceiro**, o crescimento observado na AB é de aproximadamente 100%, saindo da ordem de R\$7,5 bilhões para aproximadamente R\$15 **bilhões** entre 2002 e 2016. Apesar dos gastos com Média e Alta Complexidade (MAC) terem crescido a uma taxa superior ao observado com a AB, que salta da ordem dos R\$15 **bilhões** para aproximadamente R\$ 40 Bilhões. É importante considerar que o crescimento na atenção primária gera aumento de custos na média complexidade, e, inicialmente até nas internações hospitalares, por desvelar parte da

população sem acesso prévio a diagnósticos e tratamentos de suas condições. Porém, a APS consolidada aumenta a eficiência também na média e alta complexidade.³

Ainda em relação à evolução dos gastos com saúde, pelo Portal da Transparência é possível observar que entre 2014 e 2020 houve significativa estabilidade nos gastos com Atenção Básica e com Média e Alta Complexidade. Os gastos com AB oscilaram entre R\$15 e R\$20 Bi⁴, enquanto os gastos com MAC estiveram entre R\$40 e R\$45 Bi, com os dois gastos apresentando uma trajetória de estabilidade.

Gráfico 3

EVOLUÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS PARA A ATENÇÃO BÁSICA E MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, EM VALORES TOTAIS AJUSTADOS PELA INFLAÇÃO. BRASIL, 2002 A 2016



Fonte: Sage – transferências de AB e de MAC.

5

De forma geral, os resultados apontam que:

- (i) O SUS e a APS enquanto sua estratégia central para concretizar a saúde universal vem cumprindo historicamente o objetivo pactuado em várias cúpulas e documentos globais sobre o tema (OPAS, OMS, ONU)

³ A este respeito ver, por exemplo, Mendes (2012).

⁴ Preços de 2014.

(i) Houve grande expansão da APS no Brasil, sendo claramente observado em indicadores de saúde (queda mortalidade infantil) e na eficiência (redução de internações desnecessárias, diagnóstico precoce de câncer, imunização e prevenção);

(iii) é inegável o benefício da APS para as populações vulneráveis, com uma função social amenizadora de desigualdades.

Corroborando as posições da Rede APS⁵, permanecem como desafios para o financiamento da APS a heterogeneidade dos municípios brasileiros e as desigualdades regionais que incidem sobre a capacidade de gestão do sistema. O número elevado de municípios de pequeno porte e dependentes de transferências intergovernamentais, associado a ausência de estrutura técnica local para formular e implementar políticas de saúde tem sido um forte dificultador para integrar a APS aos demais níveis de atenção na rede regionalizada.

Este quadro suscita uma série de aspectos que merecem atenção:

- Apesar de ser desfinanciado, o SUS conseguiu expandir o modelo de APS através da ESF em curto espaço de tempo, poucos anos, atingindo coberturas muito altas, sobretudo nas regiões mais carentes do país.
- As políticas de financiamento federais foram essenciais para impulsionar este crescimento. Os municípios brasileiros, porém, ampliaram seus gastos no setor utilizando receitas próprias, muitas vezes acima daqueles definidos constitucionalmente. (Araújo et al., 2017)
- É visível a grande expansão da APS, com aumentos contínuos de cobertura e melhoria de indicadores epidemiológicos e de saúde. Nesta trajetória o modelo foi sendo

⁵ Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. SAÚDE DEBATE. RIO DE JANEIRO, V. 42, NÚMERO ESPECIAL 1, P. 406-430, SETEMBRO 2018

ajustado às diferentes realidades existentes (ribeirinhos, população de rua, presidiários). Mendes (2012) já apontava que

A solução médica para o SUS está em radicalizar a introdução dos médicos de família e comunidade na ESF, formando-os melhor, focando a graduação na APS, expandindo as residências em medicina de família e comunidade e garantindo programas de educação permanente efetivos. Além de oferecer salários dignos e relações de trabalho decentes que garantam um mínimo de segurança aos médicos que optam por dedicar-se a um novo modo de fazer medicina que lhes exige dedicação integral. (pág. 341).

- O Previne, apesar de estar ainda em processo de implementação, pode representar uma ameaça para os municípios que terão redução de recursos federais para APS, conforme aponta o COSEMS de São Paulo⁶.
- O corte do orçamento federal para saúde para o ano de 2021 representa a mais recente peça do mosaico de retrocesso e da omissão do governo federal em garantir uma atenção primária à saúde de qualidade para todas as pessoas.
- As recentes políticas de financiamento do governo federal representam uma ameaça para o desenvolvimento e a sustentabilidade de uma APS forte, de qualidade e acessível a todos. Os resultados conseguidos com muito esforço pela APS do SUS nessas décadas podem ser perdidos, com a interrupção de financiamento para as equipes multiprofissionais (NASF) e para os Agentes Comunitários de Saúde, alterando a trajetória da Saúde da Família no Brasil, baseado na população de um território e com equipes multiprofissionais, como um modelo para toda a população brasileira.

⁶ Nota Técnica COSEMS/SP nº 01/2019 – Novo modelo de financiamento da Atenção Primária em Saúde

- Não se deve substituir um modelo de financiamento consolidado por outros, sem muita base empírica, em nome de uma suposta maior produtividade. Isso pode enfraquecer as políticas de APS/ESF.
- Nesse momento do país (pandemia, crise econômica, crescimento das desigualdades), debilitar a APS/PSF pode representar uma séria ameaça ao SUS e à saúde da população do Brasil, especialmente os mais vulneráveis.
- Ainda há muitos desafios (acesso, segurança, qualidade, integralidade) e amplos espaços para fortalecer o APS/PSF (gestão, tecnologia, novas profissões) e gerar ainda mais impactos, porém isso é viável só mediante injeção de novos recursos e políticas de financiamento adequadas.

Uma Posição para a APS

Como conclusão desta nota técnica, sugere-se à Rede APS ratificar seus principais pontos elencados em carta estratégica de 2018, podendo ainda acrescentar outros que se juntam neste contexto de fortes turbulências institucionais e fragilidade do SUS e da APS. São eles:

- Financiamento suficiente e equitativo para a APS integral;
- Fortalecer uma frente ampla e supra partidária em defesa do financiamento público adequado para o SUS e APS, com retirada dos entraves que dificultam manter os serviços de atenção, notadamente aqueles de natureza regulatória e legislativa, como a Emenda Constitucional 95 de 15 de dezembro de 2016;
- Ampliar os recursos para o financiamento da APS com ênfase na Estratégia da Saúde da Família, de forma a chegar a 100% de cobertura da população brasileira com a ESF, oferecendo atenção à saúde integral, segura e de qualidade;
- Ampliar os mecanismos de redistribuição e alocação equitativa dos recursos federais e estaduais voltados para a Atenção Primária, considerando a capacidade diferenciada de autofinanciamento dos gestores municipais, as especificidades regionais, a prioridade e necessidade de reforço da Estratégia Saúde da Família;
- Promover a equidade na distribuição de recursos para áreas remotas e desassistidas;

- Estimular uma ampla discussão sobre uma reforma tributária com justiça fiscal e progressividade da arrecadação.

Referências

Araújo, C. E. L., Gonçalves, G. Q., Machado, J. A. os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações Ciênc. saúde colet. 22 (3), Mar 2017.

Macinko, J. Mendonça; C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 42, Número Especial, P. 18-37, SETEMBRO 2018.

Mendes, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

Mrejen, M., Rocha, R., Millett, C. et al., The quality of alternative models of primary health care and morbidity and mortality in Brazil: a national longitudinal analysis, The Lancet Regional Health - Americas, <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100034> (2021)

Silva, M. V. C. P; Mendes, E. V. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte, SES/MG, 2004

Pinto, L. F. Giovanella, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):1903-1913, 2018

Tasca, R.; Massuda, A.; Carvalho, W. M.; Buchweitz, C.; Harzheim, E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. Revista Panamericana Salud Publica, 44:1-8, 2020.