



Dezembro de 2021

Nota Técnica

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

Renato Tasca – Rede APS/ABRASCO)

Claunara Schilling Mendonça – Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul –UFRGS

Philippe Scherrer Mendes – Universidade Federal de Minas Gerais –UFMG

Allan Claudius Queiroz Barbosa – Universidade Federal de Minas Gerais –UFMG

Apresentação

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 com base na trajetória de avanços, desafios e ameaças desde sua constituição. Nessa perspectiva, pretende-se descrever e analisar objetivamente as políticas públicas de financiamento do SUS ao longo das décadas, utilizando a APS como referência. Ainda, esta Nota Técnica sugere 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.

Introdução

O debate sobre financiamento da saúde é um dos mais candentes e relevantes acerca das prioridades e estratégias governamentais voltadas ao fortalecimento ou enfraquecimento 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 implantação do SUS, cujas normas operacionais ordenam 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, por meio da Norma Operacional Básica do SUS (NOB) 01 de 1996ⁱ, veio com a criação do Piso da Atenção Básica (PAB), da 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 desse modelo de atenção à saúde. A implantação do PAB por meio de transferência regular e automática do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos municípios deveria ser identificada nos orçamentos municipais como receita de transferências intergovernamentais provenientes da esfera federal, destinadas exclusivamente à execução de ações e serviços de atenção básica à saúde.

A implementação deste novo modelo de financiamento - o PAB - permitiu atingir a todos os municípios brasileiros com valores por habitante conforme população definida pelo IBGE. O modelo ainda conta com um 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. Esta medida 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 do que o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), outra modalidade de transferência fiscal da União repassada aos municípios.

Esse 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, nas quais o gasto primário do governo federal ficou limitado a um teto definido pelo montante gasto no ano anterior, sendo reajustado pela inflação acumulada do período.

Nesse contexto, foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS de 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 de 2019 durante reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), fez com que o repasse de recursos aos municípios passasse a considerar 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 apresenta uma linha do tempo marcando os marcos significativos dessa trajetória e os diferentes momentos desde sua preparação, passando por sua expansão, até as potenciais ameaças surgidas em tempos recentes.

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



Fonte: elaborado pelos autores.

Em meio a essas profundas transformações, é inegável o acerto na escolha desse 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 essa evolução.

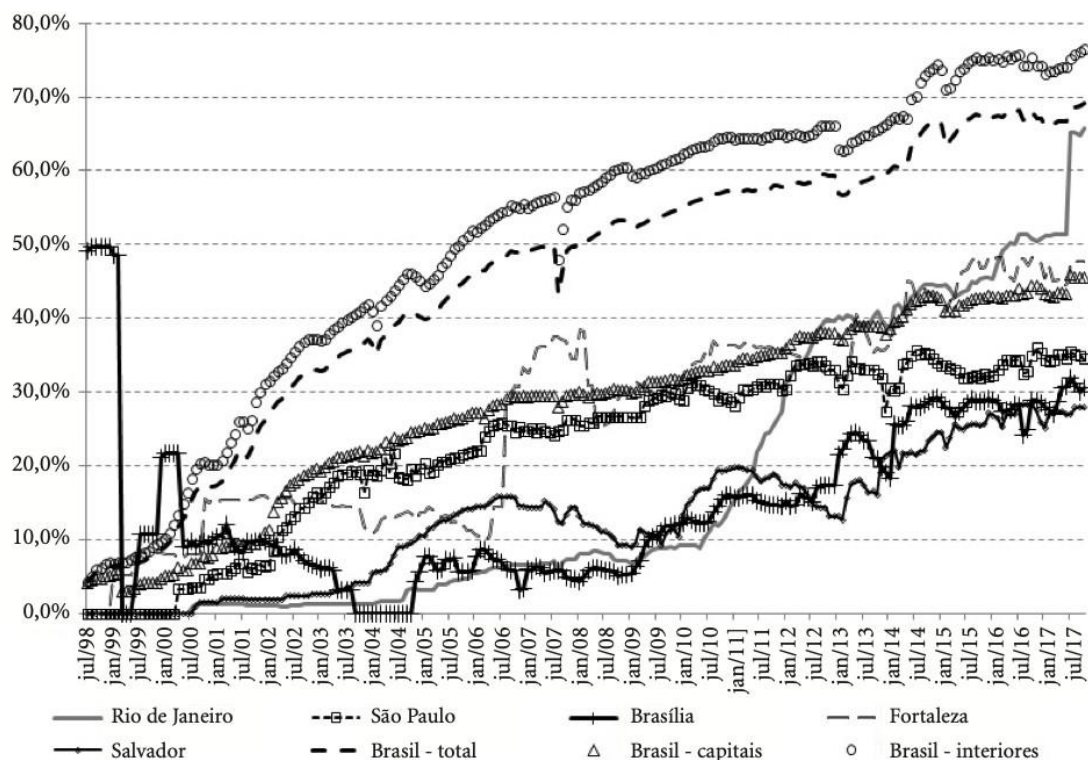


Gráfico 1. Evolução da cobertura de pessoas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família - Brasil e cinco capitais mais populosas – 1998 a 2017.

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)

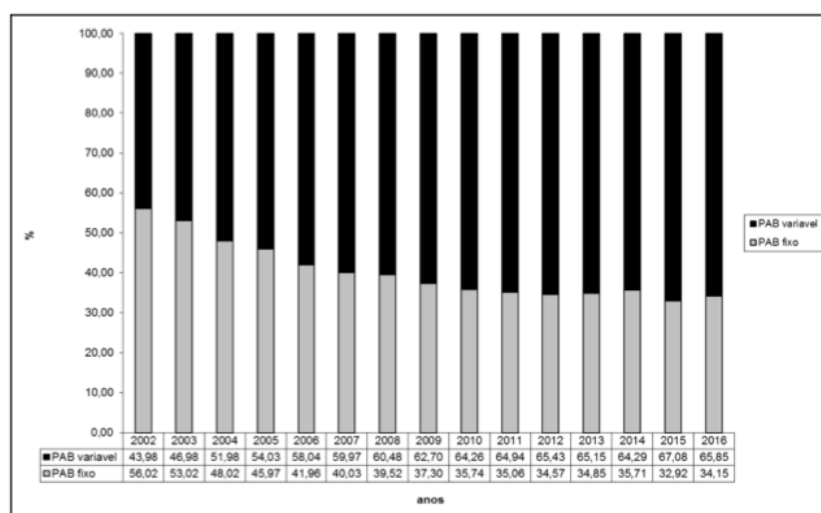
Some-se a isso as evidências nos resultados de saúde da população que o modelo de atenção da APS alcançou. Ao analisar a Estratégia de Saúde da Família, Macincko e Mendonça (2018) identificaram, por meio de ampla revisão da literatura, os efeitos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil. Utilizando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

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 no benefício à parcela mais vulnerável da população, reduzindo as iniquidades sociais.

O Gráfico 2 descreve a evolução dos recursos destinados à APS a partir de 2002. A evolução do componente variável ao longo dos anos 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



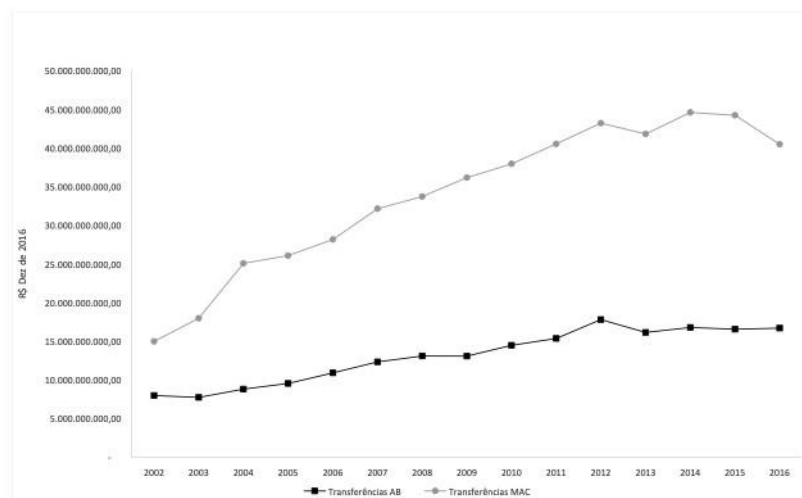
Fonte: Sage – transferências de AB.

O gráfico 3 compara a evolução dos aportes destinados à APS em comparação à média e alta complexidade. Observa-se que o crescimento observado entre 2002 e 2016 na AB é de aproximadamente 100%, saindo da ordem de R\$7,5 bilhões para aproximadamente R\$15 bilhões. Por outro lado, os gastos com Média e Alta Complexidade (MAC) quase triplicaram, passando de R\$15 bilhões em 2002 para aproximadamente R\$ 40 Bilhões em 2016. 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 nas média e alta complexidades.ⁱⁱⁱ

Ainda em relação à evolução dos gastos com saúde, pelo Portal da Transparência, é possível observar que houve significativa estabilidade nos gastos com Atenção Básica e com Média e Alta Complexidade entre 2014 e 2020. Os gastos com AB oscilaram entre R\$15 e R\$20 Bi (preços de 2014), enquanto os gastos com MAC, entre R\$40 e R\$45 Bi, ambos descrevendo 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 informam que:

- (i) A estratégia central do SUS e a APS para concretizar a saúde universal vem cumprindo historicamente o objetivo pactuado em várias cúpulas e documentos globais sobre o tema (OPAS, OMS, ONU);
- (ii) Houve grande expansão da APS no Brasil, sendo claramente observada a queda da mortalidade infantil, redução de internações desnecessárias, diagnóstico precoce de câncer, imunização e prevenção;
- (iii) Por sua função social amenizadora de desigualdades, é inegável o benefício da APS para as populações vulneráveis .

Corroborando as posições da Rede APS^{iv}, 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 à ausência de estrutura técnica local para formular e implantar políticas de saúde, tem sido um forte dificultador para integrar a APS aos demais níveis de atenção na rede regionalizada.

Tal quadro suscita uma série de aspectos que merecem atenção:

- Apesar de estar desfinanciado, o SUS conseguiu expandir o modelo de APS por meio 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 esse crescimento. Os municípios brasileiros, porém, utilizaram receitas próprias para ampliar seus gastos no setor, alcançando valores muitas vezes acima daqueles definidos constitucionalmente. (Araújo et al., 2017)

É visível a grande expansão da APS, gerando aumentos contínuos de cobertura e melhoria de indicadores epidemiológicos e de saúde. Nessa trajetória, o modelo foi sendo ajustado às diferentes realidades existentes, como as de ribeirinhos, população de rua, presidiários. Mendes (2012) já concluíra 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 Previde, apesar de estar ainda em processo de implantação, pode representar uma ameaça para os municípios que terão redução de recursos federais para APS, conforme define o COSEMS de São Paulo^v.
- O corte do orçamento federal para saúde para o ano de 2022 representa a mais recente peça do mosaico de retrocesso e 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 nas últimas décadas podem ser perdidos com a interrupção de financiamento para as equipes multiprofissionais (NASF) e para os Agentes Comunitários de Saúde. Isso contraria os fundamentos da Estratégia da Saúde da Família no Brasil, orientada as necessidades do território e com equipes multiprofissionais, que representa o modelo de atenção hoje mais adequado para responder às demandas da população brasileira.
- Não se deve substituir um modelo de financiamento consolidado por outros, sem que haja base empírica para tal, em nome de uma suposta maior produtividade. Tal atitude pode enfraquecer as políticas de APS/ESF.
- Neste momento do país, quando há 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 aos mais vulneráveis.
- Ainda há muitos desafios tais como acesso, segurança, qualidade, integralidade, e amplos espaços para fortalecer o APS/PSF pela gestão, tecnologia e novas profissões, gerando ainda mais impactos, embora só seja viável 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 nesse 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 a manutenção dos 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 e oferecer atenção à saúde integral, segura e de qualidade;
- Ampliar os mecanismos de redistribuição e alocação equitativa dos recursos federais e estaduais voltados à Atenção Primária com base na capacidade diferenciada de autofinanciamento dos gestores municipais, especificidades regionais e na prioridade e necessidade de reforço da Estratégia Saúde da Família;
- Promover a equidade na distribuição de recursos para as áreas remotas e desassistidas;
- Estimular 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.

ⁱ 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).

ⁱⁱ Mrejen et al (2021), analisando 5411 municípios brasileiros entre 2000 e 2014, concluíram que investimentos na APS de qualidade, com profissionais de saúde capacitados, podem proporcionar redução na mortalidade e em hospitalizações em países de média e baixa renda

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

^{iv} 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

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