



# Política de Atenção Básica e seu Financiamento

Junção da apresentação feita no Conselho Nacional de Saúde – COFIN  
e na Escola Nacional de Saúde Pública

Respectivamente, em Brasília e Rio de Janeiro, ambas em 2017

Hêider A. Pinto

# Discurso x Recursos

- ▶ Embora a frase “prevenir é melhor que remediar” seja um lugar comum nos discursos, há abissal distância entre o discurso e a prática no SUS
- ▶ É central na análise de políticas públicas analisar a tradução dos programas em recursos e estudar as mudanças na alocação dos mesmos no transcorrer da implementação da política
- ▶ O estudo do orçamento é um dos caminhos necessários ao entendimento daquilo que, na política, de fato, é prioridade e entra na agenda de governo, coincidindo ou não com o discurso oficial

(PINTO, no prelo)

# A saúde e a sociedade

- ▶ Cecília Donnangelo, em Saúde e Sociedade, analisa a saúde na estrutura social e o processo de medicalização
  - ▶ A saúde para a economia
    - ▶ Reprodução da força de trabalho, produtividade, controle de custos...
    - ▶ Saneamento, higiene, exportações...
  - ▶ Setor saúde como setor econômico e social
    - ▶ Sucessão de modos de realização de lucro
      - ▶ Complexo médico industrial – financeirização da saúde
    - ▶ Expansão do setor público: mercado e legitimação social
  - ▶ Discurso que considera que o desenvolvimento científico tenha historicidade nos meios, mas não dos fins
  - ▶ Biopoder

# O Modelo de Atenção Hegemônico

- O chamado modelo médico-hospitalar (neo)liberal privatista, que precisa de atualizações em seu nome se caracteriza por:
- Centrado na doença em vez de na pessoa e sua saúde, no corpo do indivíduo em vez de na pessoa, família, na coletividade e contexto (determinantes sociais)
- Concepção biomédica-ocidental em prejuízo de uma integral e de que se apoie também em outros paradigmas
- Centrada em procedimentos médicos e não no usuário e na recuperação da saúde e não na integralidade
- Uniprofissional em vez de multiprofissional e relação autoritária (disciplina, biopoder) com usuário
- Centrada no hospital, não considera o sistema com ações intersetoriais e integrais no território, tendo na AB sua principal porta de entrada articulada a toda a rede de serviços

# A saúde como política

- ▶ Emerson Merhy, em Saúde Pública como política, analisa os modelos tecnoassistenciais em saúde
  - ▶ Política Pública: quando uma necessidade de um grupo social vira questão social, objeto da ação do Estado
  - ▶ Os modelos de atenção são, antes de tudo, políticas públicas que satisfazem certos interesses, que definem o uso dos recursos, que produzem beneficiados e prejudicados e que definem uma certa forma de organizar os serviços
  - ▶ Formulação x modelo assistencial x decisão x política



O que é a Atenção  
Básica?



# Política Nacional de Atenção Básica

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”

(PNAB 2011)

# Atenção Básica no Brasil

- ▶ Deve considerar o cidadão/usuário em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral
- ▶ Deve ser realizada por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe
- ▶ Deve ser dirigida a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária

(PNAB 2011)

Relatório Mundial de Saúde 2008

## Atenção Primária em Saúde



# Agora Mais do Que Nunca

REFORMAS  
DA PRESTAÇÃO  
DE SERVIÇOS

REFORMAS  
DA COBERTURA  
UNIVERSAL

REFORMAS  
DAS POLÍTICAS  
PÚBLICAS

REFORMAS  
DA LIBERANÇA



Organização  
Mundial de Saúde



# Atenção Básica no Brasil

- ▶ É composta por serviços responsáveis pela oferta das ações de saúde de AB que devem: ter o mais alto grau de descentralização e capilaridade; estar próximo de onde vivem as pessoas; ser o contato preferencial dos usuários; ser a principal porta de entrada do sistema de saúde; e ser o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde

(PNAB 2011)



# Atenção Básica no Brasil

- ▶ Ao todo, a AB está presente (e é obrigatório que esteja) em todos os 5.570 municípios da federação
  - ▶ Estratégia de Saúde da Família em 98% deles
- ▶ São aproximadamente 42 mil Unidades Básicas de Saúde e 40 mil equipes de saúde da família
- ▶ Aproximadamente 700 mil trabalhadores



# Nova Política Nacional de AB (PNAB)

# O CNS e a PNAB

- Resolução nº 439 (de 04/2011) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi norteadora da nova PNAB:
- Mobilizar todos os esforços e forças sociais para aumentar a destinação de recursos p/ AB, especialmente nas União e Estados
- Que a AB seja efetivamente a principal porta de entrada do SUS, com agenda aberta e acolhimento humanizado em todas UBS, capaz de prestar atenção integral resolutiva, equânime e multiprofissional, com condições de coordenar e garantir o cuidado do usuário mesmo quando ele necessita de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em outras redes e níveis de atenção

# O CNS e a PNAB

- Que o controle social, a participação da comunidade em cada serviço e coletas sistemáticas da opinião e satisfação do usuário sejam fatores permanentes de crítica, correção e orientação da PNAB
- Que se intensifiquem os esforços e criem novas políticas que visem garantir profissionais de saúde em todas as regiões e localidades do país, principalmente nas mais vulneráveis e de difícil acesso, universalizando de fato o direito à saúde
- Que o MS e as secretarias estaduais e municipais aprimorem e qualifiquem os mecanismos de controle, fiscalização do cumprimento de responsabilidades e tomem medidas de avaliação da qualidade dos serviços de AB

# Desafios da Nova PNAB

## ➤ **Financiamento**

- Reestruturação e aumento do financiamento da AB

## ➤ **Infraestrutura**

- Programa de Requalificação das UBS (5,4 bilhões para 26 mil obras em 5 mil municípios)

## ➤ **Informatização e uso da informação**

- SISAB + eSUS + Banda Larga + Telessaúde

## ➤ **Cobertura, acesso e redução dos tempos de espera com especial atenção a grupos e populações específicas**

- Novas equipes (ribeirinhas, UBS fluviais, consultório na rua)
- Mais Médicos e PMAQ

# Desafios da Nova PNAB

- **Melhoria da qualidade** (integralidade, resolubilidade, longitudinalidade etc.)
  - PMAQ (90% dos municípios aderidos)
  - NASF de 1,3 para 4,4 mil e todos municípios passaram a poder
- **Promoção da saúde e ação intersetorial**
  - Nova Política de Alimentação e Nutrição e pactos do sódio
  - Academia da Saúde e Programa Saúde na Escola
- **Mudança dos modelos de atenção e gestão**
  - PMAQ
- **Gestão da educação e do trabalho** – ações junto à SGTES
- **Participação popular e legitimidade social** – ações junto à SGEP, comunicação e Presidência



Um estudo sobre o  
financiamento  
de 1996 a 2014

# Financiamento da Atenção Básica

## ► Componentes do Financiamento:

Conceito que permite identificar no todo subconjuntos que obedecem, simultaneamente, a alguns critérios distintivos:

as regras que definem quem é o beneficiário;

as pré-condições que lhe permite receber ou acessar o recurso;

a quantidade de recurso envolvida;

a origem orçamentária do mesmo;

a orientação normativa de sua utilização;

e o papel que cumpre no contexto da política em análise

(PINTO, no prelo)

# Novo financiamento da Atenção Básica

- Formulado no contexto do processo de construção do Decreto 7508/2011 que regulamentou a lei 8080/1990
- **Território – população – necessidade - equidade**
  - Componente per capita
- **Oferta – organização dos serviços – modelo de atenção**
  - Componente de Indução da Estratégia de Saúde da Família
  - Componente de Expansão – Mais Médicos
- **Resultados**
  - Componente de Qualidade - PMAQ
- **Investimento**
  - Requalifica UBS

# Financiamento da Atenção Básica

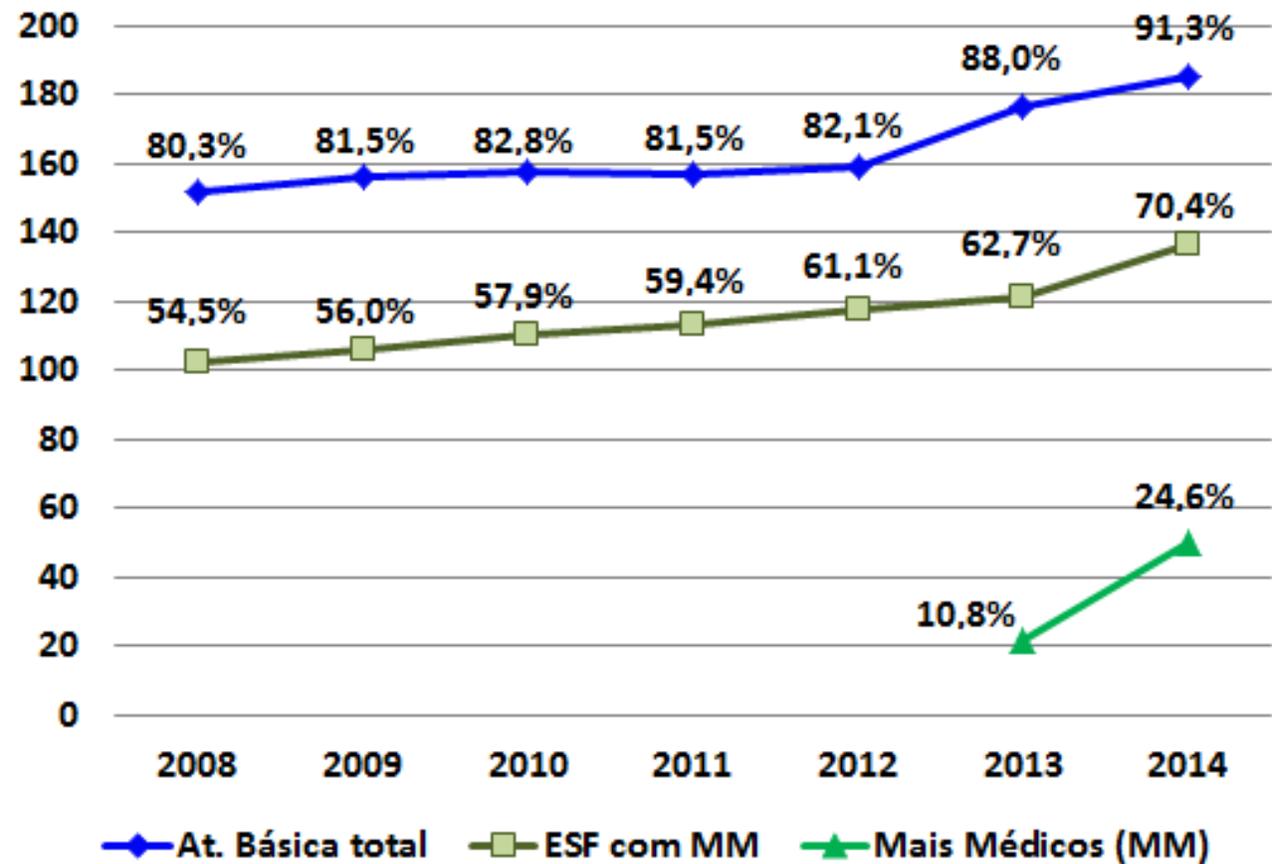
- **Componente per capita**
- Criado em 1996 começou a ser repassado em 1998
- R\$ 10,00 habitante ao ano (seria de R\$ 32,86 hoje)
- Transição do modelo anterior (procedimentos) para o novo exigiu mais recursos (para não haver “perdedores”)
- Perda de valor de 40% de 1999-2002
- Valor aumentou pouco acima da inflação de 2003 a 2010
- Mudança em 2011 – Fator de Equidade (PIB, pop. extrema pobreza etc.) constituindo 4 grupos de municípios com, respectivamente 70%, 20%, 7% e 3% do total
- Aumento robusto com recuperação da perda histórica para os 70% mais pobres (R\$ 28,00 hab./ano – seria de R\$ 33,19)

# Financiamento da Atenção Básica

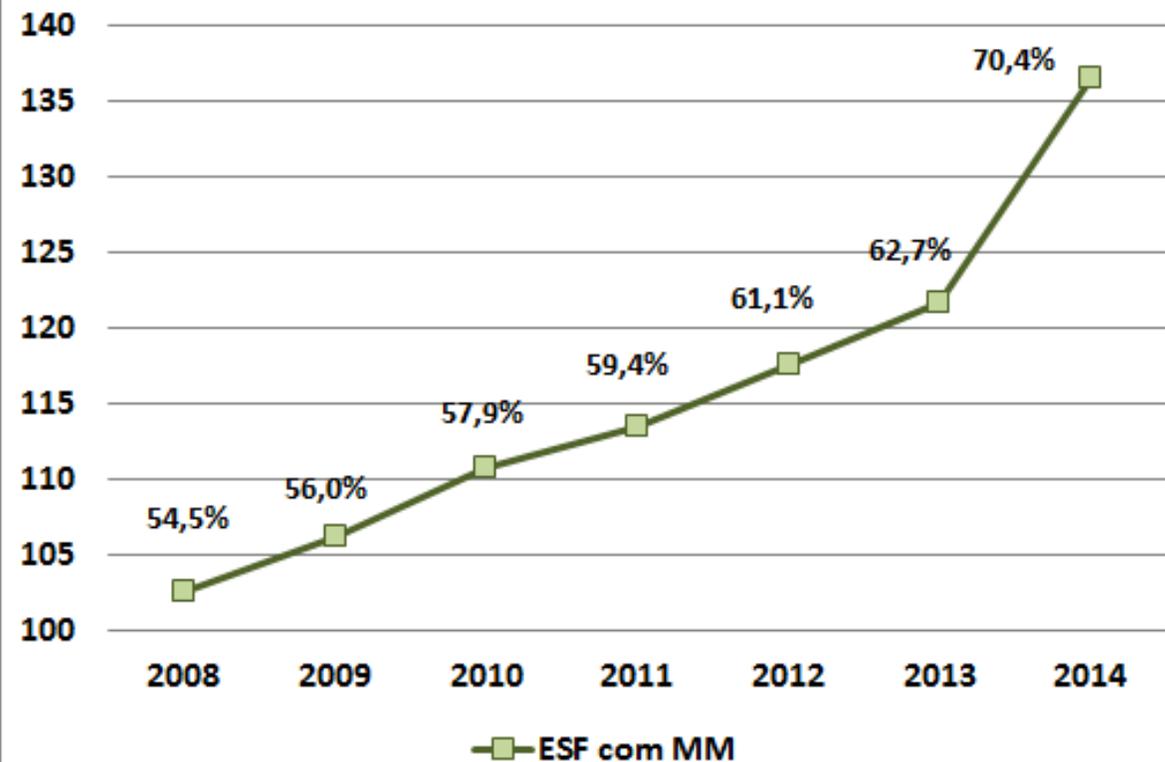
- **Componente da Estratégia de Saúde da Família e Componente de Expansão (Programa Mais Médicos)**
- Representando até 2011 todo o PAB Variável, foi crescendo mais que o PAB Fixo expressando uma certa opção do MS
- Perdeu valor unitário de 1999-2002
- Cresceu muito acima da inflação de 2003 a 2014
- Se diversificou em 2011 (novos tipos de equipes e multiprofissionalização)
- Mesmo com aumento expressivo, a cobertura estagnou de 2007 a 2013
- Mais Médicos retomou a ampliação de cobertura em 2013

# Programa Mais Médicos

**Cobertura Atensão Básica Brasil**  
(em milhões de pessoas)



**Cobertura Atensão Básica Brasil**  
(em milhões de pessoas)

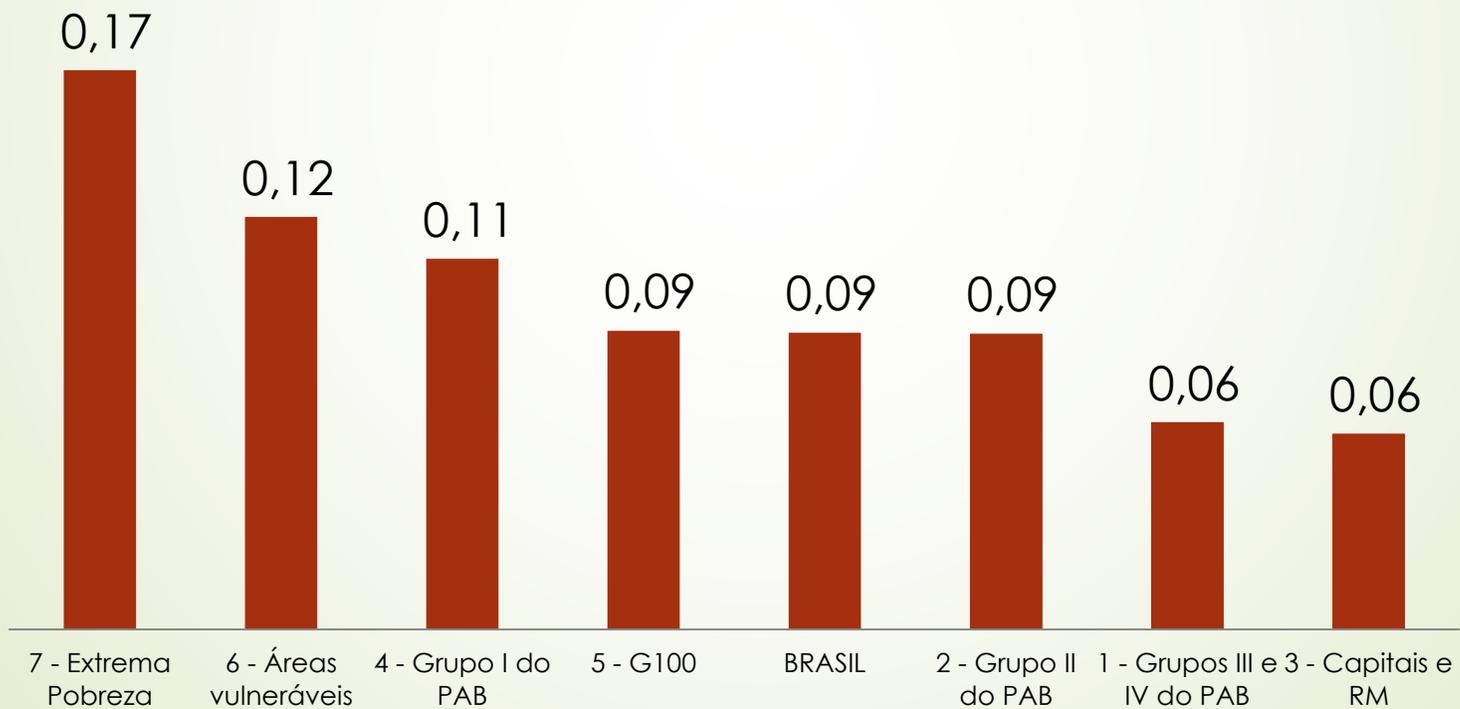


# Programa Mais Médicos

## Equidade Distribuição

### Médicos por Mil hab

■ Médicos por Mil hab



# Financiamento da Atenção Básica

- **Componente de Qualidade (PMAQ)** criado em 2011
- Inaugurou nova lógica de repasse de recursos na PNAB
- Financiava não só as equipes da ESF, mas qualquer equipe de AB que conseguisse implantar e mudar processos de trabalho esperados e alcançar resultados pactuados
  - Infraestrutura da UBS, equipamentos, medicamentos, investimento na educação permanente e na gestão do trabalho, apoio da gestão municipal à equipe, acesso e qualidade, articulação com a rede, resultados em saúde e satisfação do usuário
- O repasse em função do desempenho na avaliação do Programa (vários instrumentos: visita *in loco*, entrevistas de trabalhadores usuários)

## PABV total, per capita, por pessoa coberta por eSF e cobertura da ESF de 1998 a 2014 (valores 12/2016)

	1998	2002	2006	2010	2014
<b>PABV em bilhões de reais</b>	0.47	3.03	6.06	8.41	13.24
<b>PABV per capita em reais</b>	3.0	17.4	32.6	44.1	65.8
<b>PABV anual por pessoa coberta por eSF em reais (A)</b>	44.7	52.7	65.7	77.0	97.6
<b>Aumento real de A em relação ao quadriênio anterior</b>	-	18%	25%	17%	27%
<b>Cobertura da eSF</b>	7%	33%	46%	52%	63%

# Novo financiamento da Atenção Básica: desenho rumo ao desejado, mas ainda muito a avançar

## ➤ Território – população – necessidade - equidade

➤ Componente per capita -

## ➤ Oferta – organização dos serviços – modelo de atenção

➤ Componente da Estratégia de Saúde  
da Família e Expansão (PMM)

## ➤ Resultados

➤ Componente de Qualidade - PMAQ

## ➤ Investimento

➤ Requalifica UBS

➤ 20% dos recursos da  
AB

➤ 55% dos recursos

➤ 10% dos recursos

➤ 15% dos recursos

Recursos da Atenção Básica (AB) de 2002 a 2014, total e per capita, e comparação com o total do MS (valores 12/2016)

Ano	Total AB em bilhões de reais	Per Capita em reais (A)	Aumento real de A em relação ao período anterior	Total da AB no montante total do Ministério da Saúde
2002	7.39	42.31	-	10,8%
2006	10.78	58.11	37,3%	13,3%
2010	13.94	73.10	25,8%	13,9%
<b>2014</b>	<b>23.80</b>	<b>118.40</b>	<b>62,0%</b>	<b>19,2%</b>



## Algumas conclusões sobre o Financiamento da Atenção Básica (PINTO, no prelo)

- A transição do modelo de financiamento anterior (por procedimento) para o normatizado na NOB96 (PAB transferido fundo a fundo) exigiu aumento dos recursos da AB para que não houvesse “perdedores” com a mudança
- Essa estruturação do financiamento federal foi uma opção estratégica do MS ligada à decisão de mudar o modelo de organização da AB no Brasil: interessava custear a ESF, não outro modelo
- Houve crescimento da proporção de recursos do MS alocados na AB, de 10,8% em 2002 para 19,2% em 2014 (aceleração de 2011-2014 de 13,9% para 19,2%)



# Algumas conclusões sobre o Financiamento da Atenção Básica (PINTO, no prelo)

- Os municípios assumem a maior parte dos custos da AB
  - 70% em 2002, 57% em 2011 e 50% (\$ da saúde em geral: em 2014, os municípios assumiram 31% e a União 42%)
  - Modelo exige que o município coloque 1 a 2 reais para cada real da união
- Não sobram recursos para a AB no município (salvo raríssimos casos), mesmo com ela muito aquém das necessidades e do modelo apontado na PNAB
- Participação dos estados no financiamento da AB é pequena (9%), irregular, heterogênea (minoria repassa) e, quase sempre, utiliza mecanismos convenientes e excessivamente discricionários



## Algumas conclusões sobre o Financiamento da Atenção Básica (PINTO, no prelo)

- Gasto em saúde no Brasil é muito baixo se comparado com parâmetros internacionais e a proporção do gasto em AB no gasto em saúde é ainda pior
- 

# Gasto em saúde: Comparação internacional (% PIB)

	Gasto Total em Saúde, % em relação ao PIB	Gasto Público em Saúde, % em relação ao PIB	Gasto Privado em Saúde, % em relação ao PIB	Gasto Total em Saúde per capita (US\$ corrente)
<b>Brasil</b>	9.7	4.7	5.0	1,083
<b>MERCOSUL</b>				
Argentina	7.3	4.9	2.3	1,074
Paraguai	9.0	3.5	5.5	395
Uruguai	8.8	6.1	2.6	1,431
Venezuela	3.4	1.0	2.5	497
<b>SISTEMA UNIVERSAL</b>				
Canadá	10.9	7.6	3.3	5,718
França	11.7	9.0	2.6	4,864
Suíça	11.5	7.6	3.9	9,276
Reino Unido	9.1	7.6	1.5	3,598
<b>BRICS</b>				
China	5.6	3.1	2.5	367
Índia	4.0	1.3	2.7	61
Rússia	6.5	3.1	3.4	957
África do Sul	8.9	4.3	4.6	593

Fonte: OECD Health Data 2013. World Bank: Health expenditure, public (% of GDP); Health expenditure per capita (current US\$); GDP per capita (current US\$); Health expenditure per capita (current US\$).

# Gasto em saúde: Comparação internacional

	Gasto Público em Saúde, % em relação ao PIB	Gasto Total em Saúde per capita (US\$ corrente)	Gasto Público em Saúde per capita (US\$ corrente)	PIB per capita (US\$ corrente)
<b>Brasil</b>	4.7	1.083	525	11.208
<b>MERCOSUL</b>				
Argentina	4.9	1.074	721	14.715
Paraguai	3.5	395	154	4.265
Uruguai	6.1	1.431	992	16.351
Venezuela	1.0	497	146	14.415
<b>SISTEMA UNIVERSAL</b>				
Canadá	7.6	5.718	3.985	51.964
França	9.0	4.864	3.740	42.560
Suíça	7.6	9.276	6.131	84.748
Reino Unido	7.6	3.598	3.004	41.781
<b>BRICS</b>				
China	3.1	367	203	6.807
Índia	1.3	61	20	1.498
Rússia	3.1	957	456	14.612
África do Sul	4.3	593	286	6.886

Fonte: OECD Health Data 2013. World Bank: Health expenditure, public (% of GDP); Health expenditure per capita (current US\$); GDP per capita (current US\$); Health expenditure per capita (current US\$).



Riscos no contexto atual

# Contexto atual

- A maior parte dos custos da AB recai sobre o orçamento próprio dos municípios
- O esforço de 2011-2014 já começa a se perder: em 2017, já acumula 18% de perda em seu valor real se comparado com 2014 (interrompendo 12 anos de aumentos acima da inflação)
- EC n°95 congela os recursos por 20 anos e reduzem o gasto em saúde do governo federal do padrão de 1,6% do PIB para aproximadamente 1%. Há perda de aproximadamente 40% do total de recursos federais da saúde (prejuízo acumulado de 400 bilhões para o SUS)
- Resultado: redução da participação da União no financiamento da saúde e redução também na AB



# Organização e aperfeiçoamento ou desregulamentação do financiamento?

- É fundamental avançar no aperfeiçoamento do financiamento do SUS
  - Garantindo mais equidade e respondendo às necessidades sociais
  - Apontando para a expansão do acesso, mudança do modelo de atenção, organização e inovação nos serviços e qualidade
  - Pactuando, reconhecendo e valorizando resultados e experiências exitosas
  - Investindo de modo planejado e em perspectiva regional
  - Dando mais liberdade nos meios, mas exigindo mais compromisso com as finalidades e resultados
- Mas o que se está fazendo não é isso



# Crítica da desregulamentação do financiamento

- ▶ Começa pelo fim sem construir a base e o começo dando uma resposta simples e insuficiente para um problema complexo
  - ▶ Experiências de mudança bem sucedidas aportaram mais recursos e foram implementadas em etapas com estudo e acompanhamento
- ▶ Desrespeita a Lei 141 ao mudar o orçamento sem aprovação do CNS e não constrói um processo de formulação com ampla participação
- ▶ Não enfrenta os reais problemas:
  - ▶ Necessidade de mais recursos; critérios de rateio e mínimo de exigência para não haver retrocessos

# Crítica da desregulamentação do financiamento

- ▶ Cenário de riscos legais para os gestores municipais
  - ▶ Caso as Portarias que normatizaram os recursos não sejam revogadas ou modificadas, o gestor não pode contrariá-las
  - ▶ A menos que se mude a LOA o gestor não pode usar recurso de um objeto em outro (da AB nas UPAS, por exemplo)
- ▶ Cenário de desvio dos recursos da AB e Vigilância
  - ▶ Áreas essenciais como AB e Vigilância perderão recursos para áreas economicamente e politicamente mais poderosas ou demandantes (hospitais, prestação de serviços do setor privado, OSS, cooperativas de apoio diagnóstico e terapêutico etc.)
  - ▶ Mesmo com participação popular, repete-se a fórmula da reforma trabalhista: a negociação local coloca desiguais para debaterem num cenário no qual o mínimo não está garantido



# Obrigado!!!

## Hêider A. Pinto

Blog Heider Pinto

Heider Pinto – Facebook

@heiderpinto – Twitter

Canal Heider Pinto - Youtube

[heiderpinto.saúde@gmail.com](mailto:heiderpinto.saúde@gmail.com) - email