

Atenção Básica agora é Prioridade!

Hêider A. Pinto¹
Rodolfo S. Koerner²
Diego C. A. Silva³

Em apenas 10 meses de Governo Dilma Rousseff já podemos afirmar que a Atenção Básica entrou na agenda central do Ministério da Saúde e da Presidência da República. Este texto argumenta que esta priorização se traduz não só no discurso, mas também na elaboração de uma ampla política que enfrenta os principais nós críticos que têm condicionado a expansão e desenvolvimento da Atenção Básica no país além de buscar mobilizar recursos financeiros que garantam a execução da mesma.

Nosso Ministro Alexandre Padilha tem reiterado o desafio de ampliar o acesso e a qualidade da atenção à saúde a todos os brasileiros. Reforça que a base deste duplo movimento é a Atenção Básica à Saúde (AB), prioridade n°1 do Ministro que ganhou o nome de *Saúde Mais Perto de Você* justamente para ressaltar junto à população a idéia de proximidade, de acolhimento e familiaridade, de vínculo, segurança e confiança.

Na mesma linha, o Secretário Helvécio Magalhães tem marcado que a AB deve ser base de estruturação da Rede de Atenção Integral, pressuposto de uma rede que prime pela acessibilidade, equidade, resolutividade e efetividade. Tudo que foi construído até este momento em termos de Rede Cegonha, Rede de Urgências, Rede de Atenção Psico-Social, Combate ao Câncer e às Condições Crônicas têm a AB como base e porta de entrada preferencial e busca avançar dando condições a esta de exercer um efetivo papel de ordenação e coordenação do cuidado.

Mais recentemente, em entrevistas a grandes meios de comunicação, a presidenta Dilma Rousseff também destacou a prioridade da Atenção Básica citando tanto o maior programa de construções, reformas, ampliações e informatização das Unidades Básicas de Saúde já realizado no Brasil quanto destacando a inovação no repasse de

¹ Médico Especialista em Saúde Coletiva e Diretor do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS

² Bacharel em Sistemas de Informação e Consultor Técnico do Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos/DAB/SAS/MS

³ Administrador de Empresas e Coordenador do GTEP/DAB/SAS/MS

recursos em função da pactuação de metas e alcance de padrões de acesso e qualidade.

Em apenas 10 meses muito foi debatido, formulado e pactuado, sempre de modo tripartite. No início do ano o Conselho Nacional de Saúde aprovou as diretrizes para uma Nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Em abril foi a vez da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) fazer o mesmo. O Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde organizou em todos os estados brasileiros debates com a participação das Secretarias Estaduais de Saúde, dos CONSEMS e das Secretarias Municipais de Saúde.

Neste ano, somente em três reuniões da CIT a AB não foi pautada e este volume de discussões permitiu uma série de conquistas. Ainda no primeiro semestre, foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (*Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade*). Nos meses de agosto e setembro a AB ganhou um amplo Programa de Reformas, Ampliações, Construções e Informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que, com meta de intervir em mais de 30 mil UBS, deverá mudar a cara daquela que é a principal porta de entrada do SUS. Estratégias foram desenvolvidas e normatizadas para avançar no provimento de profissionais na AB em todos os municípios e regiões do país. No último mês, num momento de síntese de tudo que se debateu neste ano, foi pactuada uma Nova Política Nacional de Atenção Básica.

O fato é que, tão importante quanto discursivamente colocar a AB no centro da agenda de governo, tão importante quanto trazer à baila problemas e propor soluções para situações que têm condicionado nos últimos anos a expansão, o desenvolvimento, a qualidade e a efetividade da AB, é garantir recursos para que esta política se efetive no cotidiano de gestores, trabalhadores e usuários em todo o país, trazendo para a população a sensação de presença, de proximidade, de familiaridade, de acolhida e a segurança que, perto de sua casa, conta com um serviço de saúde acessível e de boa qualidade.

Assim, fazendo a “prova dos nove”, verificando se a prioridade do discurso se traduz no volume de recursos destinados a ela, afirmamos que este Ministério está comprometido com um aumento significativo e gradual dos recursos repassados fundo a fundo para a expansão e qualificação da AB em todo o Brasil.

Antes uma consideração é necessária: toda a sociedade brasileira discute neste momento a necessidade do Sistema Único de Saúde contar com mais recursos para seguir avançando em sua consolidação. Pesquisas recentes têm mostrado que a

maioria dos brasileiros entende ser necessário um esforço do conjunto da sociedade para ampliar os recursos públicos destinados à saúde de nossa gente. Tomando esta necessidade como referência, importantes mobilizações de recursos, aquelas possíveis no contexto atual, parecem modestas ante os imensos desafios, porém são significativas quando comparadas com tudo o que já foi feito neste sentido desde a criação do Piso de Atenção Básica (PAB) na segunda metade da década de noventa.

Assim, vamos dividir didaticamente os recursos de repasse do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais para a Atenção Básica em três grupos e ver panoramicamente como têm se comportado nos últimos anos e quais as expectativas para o próximo período.

Considerando os recursos repassados *per capita*, integrantes do PAB Fixo, temos a seguinte evolução. O PAB Fixo começou a ser repassado em 1997 reunindo valores que incorporavam os repasses de procedimentos de AB para os municípios. Embora os valores repassados a quase todos os municípios variassem de R\$ 10,00 a R\$ 12,00 habitante ano, a maioria passou a receber entre R\$ 10,00 e R\$ 10,50. No ano de 2003 o piso mínimo passou a ser de R\$ 12,00 promovendo um aumento de 20% para os municípios que recebiam menos. O acumulado do período de 2003 a 2006 representou 50% de aumento para os municípios que recebiam menos e 25% para o outro grupo que recebia mais chegando a R\$ 15,00 hab/ano. No período de 2007 a 2010 o aumento foi menos significativo promovendo um aumento uniforme de 20% chegando a R\$ 18,00 hab/ano.

As mudanças pactuadas este ano no PAB Fixo voltam a diferenciar o valor *per capita* por município, só que em vez de cristalizar a desigualdade na oferta anterior de serviços, apontam para o contrário, a busca da equidade beneficiando o município mais pobre, menor, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre e com as menores densidades demográficas.

Com efeito, os 71,1% municípios do Brasil com os piores indicadores tiveram 27,7% de aumento no seu *per capita* saltando para R\$ 23,00 hab/ano. Para 20,1% o *per capita* chegou em R\$ 21,00 hab/ano representando 16,6% de aumento. Para 7% o aumento foi de 5,5% e apenas os 2,8% maiores e mais ricos não tiveram aumento este ano, mas com o compromisso pactuado de nenhum dos 5.565 municípios do país ficar sem aumento no ano de 2012, ou seja, teremos novo aumento no ano que vem.

Além disso, ainda que mais da metade dos municípios do Brasil tenham apresentado uma população no censo do IBGE menor que as projeções anteriores utilizadas para o pagamento, foi garantido que nenhum município receberia em 2011 menos que recebeu em 2010.

O impacto anualizado destas duas medidas é de aproximadamente 370 milhões de reais e, mesmo considerando que o aumento foi efetuado a partir da competência maio, valendo para 8 meses deste ano, o volume Global de Recursos já chega em 3,72 bilhões de reais.

Assim, podemos afirmar que tivemos o maior aumento, em 1 ano, do valor nominal e percentual do *per capita* do PAB desde sua criação.

Soma-se a isso a novidade dos recursos integrantes do Programa de Re-Qualificação das UBS repassados fundo a fundo com o objetivo de reformar, ampliar e informatizar as UBS. Ainda este ano no *Saúde Mais Perto de Você* teremos 190 milhões nos Componentes Reformas e Informatização/Telessaúde e outros 584 milhões do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC 2). Com estes recursos será possível construir 2.122 UBS, reformar outras 2 mil, implantar projetos de telessaúde em todos os estados e informatizar mais de 1/3 das UBS do país.

Analisando a evolução do PAB Variável para as Equipes de Saúde da Família, em 2002 tínhamos um valor mínimo de R\$ 1.750,00/equipe que aumentou 60% logo em 2003 e acumulou um expressivo aumento de 208% até 2006 chegando a um mínimo de R\$ 5.400,00/equipe. O período de 2007 a 2010 acumulou um aumento de 18% sobre o valor de 2006 chegando a R\$ 6.400,00/equipe.

O esforço do período de 2003-2006 é percentualmente ainda mais significativo quando levamos em conta que neste período o número de equipes saltou de 16.698 equipes para 26.729 (crescimento de 60%). O período de 2007-2010 faz chegar a 31.660 (crescimento 18%).

Contudo, dado o grande número de equipes existentes hoje, qualquer aumento nos valores por equipe resultam em grande impacto. A média de crescimento anual do período de 2003-2006 foi de 508 milhões de reais e no período de 2007-2010 foi de 571 milhões.

Neste ano três foram as medidas tomadas com relação ao PAB Variável. Reajustamos em 5% os valores das equipes de saúde da família, saúde bucal e agentes comunitários de saúde, em 36% as equipes de saúde ribeirinhas e em 20% as fluviais. A Nova PNAB permite ao Ministério financiar equipes de saúde da família que, por terem outros formatos, eram financiadas só pelos municípios. Contudo, o maior esforço de mobilização de recursos, sem dúvida alguma, foi na criação do Componente de Qualidade do PAB Variável relacionado ao *Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (PMAQ)* que pode agregar até R\$ 8.500,00/mês a mais para uma equipe completa com desempenho muito bom no programa, ou seja, praticamente dobrando o valor repassado por equipe.

Os aumentos para as equipes foi dado em maio, o PMAQ começa a ampliar os recursos das equipes já no próximo mês e ainda temos o restante do ano para calcular o impacto da ampliação das equipes. Contudo, as projeções de impacto anualizado das medidas tomadas neste ano chegam a 1,1 bilhões de reais, mais que o dobro da média dos dois períodos anteriores somados e muito superior ao primeiro período de 1997 a 2002.

Somado a isso a Nova PNAB traz a possibilidade de aumentar dos 880 municípios que hoje têm NASF para um número de até 4.524 municípios além de prever uma importante integração dos NASF com as Academias da Saúde que ampliará ainda mais o financiamento dos NASF ligados a elas.

Com tudo isso, podemos afirmar que este ano foram tomadas medidas que produzem o maior impacto nos recursos para a AB desde a criação do PAB, diversificando e ampliando o financiamento fundo a fundo para os municípios. Maior aumento anual do *per capita*, criação de novos componentes que mobilizam parcelas expressivas de recursos (0,75 bilhão de reais) e maior impacto anual de um aumento do PAB Variável (passando de 1,2 bilhões de aumento).

Também no orçamento se percebe que o aumento proposto em 2012 para a Atenção Básica é quase o dobro do aumento geral do orçamento do Ministério da Saúde, mostrando um incremento não só absoluto como também proporcional.

As notícias são boas novas sem dúvida, mas tornam-se ainda melhores quando, de um lado, há o compromisso expresso na proposta orçamentária de garantir novos aumentos para o ano de 2012 e, de outro, o Plano Plurianual prevê aumentos em todos os anos até 2015.

Contudo, junto a este importante movimento temos que lutar por outros dois: a ampliação global de recursos para a saúde com maior aumento proporcional para a AB; e a instituição de um PAB-SUS no qual, de fato, co-financiar a AB seja responsabilidade dos três entes: união, estados e municípios. Governo federal e estaduais devem incrementar recursos para a AB repassados mensalmente, fundo a fundo, com base em critérios pactuados e com normatização legal que os deixem claros e públicos. Só assim poderemos re-equilibrar o grande esforço que hoje fazem os municípios para concretizarem para todos os cidadãos uma Atenção Básica de qualidade!

O Ministério da Saúde está absolutamente comprometido com este desafio!