Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?

Previne Brasil Program: the apex of threats to Primary Health Care?

Resumo

Desde 2017, o sistema de saúde brasileiro enfrenta uma onda de contrarreformas em políticas que ampliou cobertura e acesso e pretendem mudar o modelo assistencial. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido atingida por atos oficiais, sinérgicos e complementares, que a alteram substancialmente. A criação de serviço social autônomo federal para a provisão de médicos; a consulta pública para instituir cesta de serviços; a flexibilização da carga horária semanal de médicos e enfermeiros, que poderão integrar mais de uma equipe; a não fixação de quantitativo mínimo de agentes comunitários de saúde por equipe formam o contexto em que o Programa Previne Brasil foi lançado para vigorar em 2020. O argumento do governo é de aumento de flexibilidade e autonomia local para organizar serviços, maior eficiência e valorização de desempenho. Criticas de sanitaristas, de alguns conselhos estaduais de gestores municipais e do Conselho Nacional de Saúde apontam o caráter privatizante, mercadológico, seletivo e focalizado da proposta que caminha na direção da cobertura universal em saúde. Este artigo analisa o Programa Previne Brasil que altera o financiamento e sugere aumento de recursos para APS numa conjuntura de congelamento do gasto social. Identificam-se contradições e alternativas.

Key words: Healthcare financing, Financial resources in health, Primary Health Care

Palavras-chave: Financiamento da assistência à saúde, Recursos financeiros em saúde, Atenção Primária à Saúde.

DOI: 10.1590/1413-81232021269.2.01072020

Marismary Horsth De Seta (https://orcid.org/0000-0003-4764-5159) 1
Carlos Octávio Ocké-Reis (https://orcid.org/0000-0003-4666-7575) 2
André Luis Paes Ramos (https://orcid.org/0000-0003-3747-2207) 3

1 Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. deseta@ensp.fiocruz.br
2 Diretoria de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Rio de Janeiro RJ Brasil.
3 Coordenação Geral de Contratualização, Controle e Auditoria, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.
Introdução

Após o golpe jurídico-midiático-parlamentar\(^1\) que destituiu Dilma Rousseff em 2016, houve clara inflexão na diretriz ideológica da condução das políticas sociais nos governos subsequentes, com novas medidas implantadas no governo Temer e intensificadas após a eleição de Bolsonaro.

Apesar de a adoção de modelo de ajuste fiscal ter se dado ainda no período de Dilma Rousseff na tentativa de suplantar a crise política e econômica, após o golpe se concretizaram ações como a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95, que congela o teto dos gastos sociais, e as Reformas Trabalhista e Previdenciária.

Em 2017 e 2019, com foco na Atenção Primária à Saúde (APS), emitiram-se portarias ministeriais, consulta pública e Medida Provisória (MP), complementares e sinérgicas, que desidratarem princípios do SUS e minaram processos de planejamento, financiamento e provisão de ações e serviços.

A Política Nacional de Atenção Básica\(^2\) passa a remunerar Equipes de Atenção Básica (eAB) formadas por médicos, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem; faculta a presença de dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde (ACS) e de controle de endemias (ACE); e fixa a carga horária mínima por categoria profissional na eAB em 10 (dez) horas e o máximo de três profissionais por categoria com 40 horas/semanais. Para as Equipes de Saúde da Família (eSF), ela deixa de estabelecer o mínimo de quatro ACS por equipe, que poderão aferir sinais vitais e glicemia e realizar curativos. Nova norma\(^3\) estabelece como componente mínimo da eAB, agora chamada Equipe de Atenção Primária (eAP), o médico e o enfermeiro, com 20 ou 30 horas semanais; permitir a sua participação em mais de uma eSB, eAP ou eSF, sem risco de suspensão de repasse; flexibilizar a carga horária das equipes de saúde bucal (eSB) nos mesmos moldes.

A transferência de recursos federais nos blocos de custeio e de investimento\(^4\), a despeito da prestação de contas se organizar nos seis antigos blocos, fragiliza a proteção do financiamento da APS frente à pressão dos custos da atenção hospitalar e especializada, e de procedimentos de diagnóstico e terapia, com forte componente privado\(^5\).

A Carteira de Serviços para a Atenção Primária à Saúde do Brasil\(^6\) objetiva “estabelecer um cenário ‘ótimo’ para a implementação e oferta de serviços clínicos nas unidades de saúde” e o “fortalecimento da clínica da APS com base científica para tomada de decisão”. Ela prevê: a) rol de serviços de Atenção à Saúde (Adulto/Idoso; Criança, Procedimentos na APS e Saúde Bucal); b) remuneração por capitação mediante “uma lista de pacientes” e “pagamento por pessoa acompanhada”; c) cesta mínima de serviços; d) detalhamento da organização do Programa “Saúde na Hora”, em que as unidades básicas de saúde (UBS) funcionam 60 a 75 horas por semana; e) secundarizar objetivos de promoção da saúde na APS, exemplificada mediante “o enfermeiro, que historicamente encontra-se focado na realização de atividades repetitivas e pouco eficazes centradas na promoção e prevenção de saúde em detrimento das atividades curativas e/ou assistenciais”\(^6\).

O Programa Médicos pelo Brasil\(^7\) institui a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), serviço social autônomo federal para prover médicos para a APS em locais de difícil lotação ou alta vulnerabilidade. Durante a formação, o profissional trabalhará por dois anos com bolsa de estudos, sem vínculo empregatício. O Conselho Deliberativo da Adaps terá representantes do Ministério da Saúde, dos Conselhos de Secretários de Saúde e do setor privado; ausentes, portanto, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), usuários e trabalhadores.

Em comum a essas medidas e ao Programa Previne Brasil\(^8\), o caráter de “big bang”\(^9\) de contrarreformas em relação a políticas que ampliaram cobertura e acesso e buscaram promover mudança no modelo assistencial e maior controle do gasto público. O ambiente político na saúde é tenso e a disputa, acirrada. De um lado, flexibilidade e autonomia para a gestão local, defendidos pelo Ministério, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e entidades médicas; de outro, as críticas de sanitaristas, Conselhos de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro e de São Paulo (Cosems/RJ e Cosems/SP) e do CNS, que apontam o caráter privatizante, mercadológico, seletivo e focalizado da APS proposta, na concepção de cobertura universal em saúde, em detrimento a de sistema de saúde universal almejado para o SUS\(^5,10-13\).

Este artigo analisa o Programa Previne Brasil\(^8\), a partir das apresentações realizadas pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde, da portaria que o instituiu e seus manuais instrutivos; e identifica contradições e alternativas para minimizar potenciais prejuízos às políticas vigentes.
Argumentos para implantação do Programa Previne Brasil

A nova proposta de financiamento da APS foi divulgada em seminários realizados em vários estados, com a participação do Secretário de Atenção Primária, Erno Harzheim, de conselhos de secretários estaduais e municipais de saúde, gestores locais e representantes do movimento sanitarista.

Em defesa da medida, Harzheim baseou-se em duas críticas ao modelo vigente: i) Suposta “ineficiência” dos serviços em APS, considerando o grande número de usuários do SUS não cadastrados pelas equipes. Dos 50 milhões não cadastrados, 30 milhões seriam beneficiários de programas sociais, em situação de maior vulnerabilidade; ii) Baixa valorização do componente de desempenho das equipes, tendo em vista serem as transferências federais aos entes subnacionais majoritariamente calculadas com base em critérios populacionais.

Para Harzheim o cálculo atual de cobertura em APS, de 3.450 pessoas para cada eSF, seria um falseamento da realidade pois não lhes assegura a assistência; a exigência do cadastramento seria um estímulo ao cuidado real.

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que repassa recursos financeiros mediante alcance de metas, foi criticado pelo elevado número de indicadores e baixa capacidade de induzir melhorias. O modelo ora proposto romperia com essa lógica a partir do incremento, em valores nominais, de aproximadamente dois bilhões de reais ao orçamento para a APS em 2020, com novos critérios fundamentados em três eixos:

i) Substituição dos Pisos de Atenção Básica (PAB) Fixo e Variável pela Capitação Ponderada. Deixam de existir repasses regulares de base populacional e incentivos para custeio de eAB, Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf) e o PMAQ. Passa a ser considerado o cadastramento de cada cidadão na UBS correspondente. Há acréscimo do valor per capita e do fator de ponderação para menores de 5 anos ou maiores de 65 anos, beneficiários de programas sociais de transferência de renda, população de até dois salários mínimos vinculados ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), maior peso para municípios rurais.

ii) Incentivos do PMAQ serão substituídos por repasses condicionados ao desempenho em sete indicadores a serem instituídos em 2020, referentes a processos e resultados em Saúde da Gestante, da Mulher, da Criança e Doenças Crônicas. Até 2022, o número de indicadores chegaria a 21, com o monitoramento sobre Tuberculose, Infecções Sexualmente Transmissíveis e Saúde Bucal.

iii) Repasses vinculados a ações e programas de saúde contidos no PAB variável, passarão a compor o eixo de adesão a programas estratégicos, como os Programas Saúde na Hora; Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da APS - Informatiza APS e Programa de Formação em Residência Médica ou Multiprofissional em Odontologia e Enfermagem na Saúde da Família.

Contradições e potenciais prejuízos ao financiamento da APS

Ressalta-se o contexto de restrição orçamentária da EC 95 na relação com o prometido aporte adicional de 2 bilhões na Lei Orçamentária Anual (LOA) para a APS em 2020. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) projetou redução dos gastos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) como percentual do Produto Interno Bruto (PIB) nos próximos 20 anos, confirmando em dados apresentados por Ocké-Reis.

A participação da União no financiamento do SUS, reduzida de 73% para 43% entre 1991 e 2017, foi acompanhada do aumento da alocação de recursos das esferas estadual (de 15% para 26%) e, principalmente, municipal (de 12% para 31%). Atualmente os estados têm aplicado percentuais próximos ao parâmetro mínimo de 12% da receita estadual (base de cálculo), e há um contencioso em relação a Minas Gerais e Rio de Janeiro; os municípios aplicaram recursos crescentes alcançando, em 2017, média em torno de 24%. A capacidade de ampliação pelos municípios da aplicação de recursos próprios em APS está restrita quando analisada em conjunto com as competências constitucionais de tributar e com a receita disponível de cada ente da federação, respectivamente: União (69% e 57%); estados (25% e 25%); e municípios (6% e 18%). Pela moda (variação mais frequente de uma distribuição), o financiamento da APS nos municípios se comporta da seguinte forma: 70% provêm do município e 30%, da esfera federal.

A SAPS prevê ganho para quase todos os municípios com o novo modelo, projetando-se um cenário de fronteira de eficiência irreal, com cadastramento de toda a população e alcance pleno das metas de indicadores que ainda não foram pactuados. Embora a população mais vulnerável seja tida como prioritária, não se mencionam
indicadores como o Acompanhamento das Condi
cionalidades do Bolsa Família. Ademais, a pro-
posta não explicita os custos de transação do Mi-
nistério e dos municípios, deixando de apontar
os recursos necessários para a criação da Equipe
de Apoio do Novo Financiamento no MS ou os
gastos excessantes das secretarias municipais para
ampliação de cadastros, muitas vezes com equi-
pes terceirizadas por Organizações Sociais (OS).

Estudos estimam perdas de R$ 400 milhões
para municípios do estado do Rio de Janeiro e de
R$ 700 milhões para os de São Paulo, consideran-
do a situação atual de cadastro em APS. Em cená-
rio otimista e improvável, com 100% de cadastro,
restaria perda financeira em torno de 3% no Rio
de Janeiro e de 25% em São Paulo sobre os valores
recebidos em 2018.

Necessário questionar o argumento do cada-
stramento na garantia do acompanhamento e cui-
dado aos usuários inscritos nas UBS. A parametri-
ização automática de uma eSF como responsável
por 2.000 a 4.000 pessoas pela nova proposta não
significa acesso e atendimento efetivos, tampou-
co o cadastramento no modelo simplificado. A
medida pode induzir a busca por cadastramento,
sem incentivo financeiro federal significativo para
aumentar o número de equipes e com a dificulda-
de real de seguimento do cuidado. A análise so-
obre a suposta deficiência do cadastramento atual
desconsidera os problemas gerenciais na manu-
tenção de equipes completas, estrutura física de
unidades e perdas de registros em transições de
technologias como nas implantações do Sistema
de Informações em Atenção Básica (Sisab) ou da
Estratégia e-SUS.

A programação orçamentária federal para a
APS em 2020 apresenta-se contraditória ao ar-
gumento da necessidade de maior valorização do
desempenho. Em evento no Rio de Janeiro, Har-
zheim comparou os valores nominais do PMAQ
em 2019 com os valores do eixo “desempenho”
para 2020, com queda de R$ 1.970,7 para R$ 1.865,9 bilhão. Apesar da programação de au-
mento nos anos seguintes, reitera-se que não há
definição dos indicadores e suas metas.

O desestímulo à manutenção dos Nasf e a
exclusão de fonoaudiólogos, fisioterapeutas e
nutricionistas do Programa de Residência Mul-
tiprofissional elimina um diferencial positivo do
sistema brasileiro e coloca em risco o princípio da
integralidade, ademais com a previsão de vincu-
los precários por dois anos.

O ganho em flexibilidade e autonomia não se
dará na organização da rede municipal pois há
evidências de forte atuação do comando central
na diretriz de captação ponderada e intensiva
normatização de programas como o Saúde na
Hora, que encapsula as equipes em arranjos de
distribuição de carga horária contrárias ao víncu-
lo com as famílias, atributo essencial da APS.

Autores do campo do movimento sanitário
apontam outras críticas: risco de “desfinancia-
mento”; impertinência em considerar o cadastro
como via única de inserção ao SUS, desconsider-
ando seu caráter universal; provável direciona-
mento da prestação em APS para o setor privado
através da conjugação entre cesta de serviços e
lista de pacientes cadastrados; ausência de parti-
cipação social e representação do CNS; prejuízo
ao planejamento e segurança de financiamento
pelo fim do PAB fixo. Afirma-se o teor in-
constitucional ou no mínimo ilegal da medida,
ao descumprir os preceitos da Lei Complementar
141/2012 e da Lei 8.142/1990, no que tange ao ca-
ráter deliberativo do CNS no controle das politi-
cas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos
fiscais.

Considerações finais

É improvável o recuo de um governo de perfil
tecnocrata, onde as soluções técnicas obscure-
cem os problemas relacionados ao ajuste fiscal e
à desigualdade de acesso, considerando o prazo
de implantação do modelo em 2020.

Há necessidade de se criticar política e teo-
ricamente a concepção dessa proposta no cam-
po na economia da saúde e da saúde coletiva e
de considerar o posicionamento de entidades
do movimento da reforma sanitária e inici-
ativas legislativas para revogação da Portaria
2.979/2019. Propostas alternativas negociadas
devem ressaltar que o cadastramento de usuários
– contato inicial das eSF com a população adscri-
ta – não pode condicionar o acesso ao SUS, tam-
pouco servir ao repasse orçamentário regular.

O PAB fixo precisa ser mantido, de forma
inegociável, pelo caráter estruturante do mo-
delo pré-fixado. Na área hospitalar, a Portaria
3.410/2013 aponta o orçamento global como
uma modalidade prevista, pela incerteza do pa-
gamento por produção, ainda mais com os de-
fasados valores da tabela do SUS. Em países com
sistemas de saúde consistentes variam as modalida-
dades com aproveitamento dos ônus e dos bônus
de cada uma, mantida significativa parcela regu-
lar para assegurar a sustentabilidade do sistema.
indicador de Acompanhamento das Condiciona-
lidades do PBF, que além de promover o cadastr-
amento da população mais vulnerável, garante o monitoramento de aspectos nutricionais de gestantes e crianças com medição de peso e crescimento, calendário vacinal e frequência escolar.

Colaboradores

MH De Seta, CO Ocke-Reis e ALP Ramos contribuíram igualmente na concepção, análise e redação do artigo, responsabilizando-se integralmente pelo seu conteúdo.

Referências

1. Hermida JF, Lira JS. Políticas Educacionais em Tempos de Golpe: Entrevista com Dermeval Saviani. Educ Soc 2018; 39(144):779-794.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2017; 22 set.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2 e nº 6, de 2017, para instituir equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. Diário Oficial da União 2019; 27 nov.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2017; 28 dez.
5. Giovanella Ligia, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, Rosa MC, Martins GB, Santos JS, Silva DB, Vieira JML, Castro VCG, Silva PO, Machado CV. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Cien Saude Colet 2018; 23(6):1763-1776.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Consulta pública sobre a Carteira de Serviços para a Atenção Primária à Saúde do Brasil [Internet]. [acessado 2019 nov 26]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portalda/documentos/carteira_servico_daAPS_consulta_SAPS.pdf.
7. Brasil. Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União 2019; 01 ago.

8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União 2019; 13 nov.

9. Klein R. Big Bang Health Care Reform: Does It Work? The Case of Britain’s 1991 National Health Service Reforms. Milbank Q 1995; 73(3):299-337.

10. Lígia G, Bousquat A, Almeida PF, Melo EA, Medina MG, Aquino R, Mendonça MHM. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? Cad Saude Publica 2019; 35(10):e00178619.

11. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saude Debate 2018; 42(116):11-24.

12. Mendes A, Carnut L, Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Saude Debate 2018; 42(n. esp. 1):224-243.

13. Rede APS. Posicionamento sobre a Carteira de Serviços da APS [Internet]. [acessado 2019 nov 26]. Disponível em: https://redeaps.org.br/2019/09/09/posicionamento-sobre-a-carteira-de-servicos-da-aps/.

14. Vieira FS, Benevides RPS. Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília: Ipea; 2016. (Nota Técnica, nº 28).

15. Ocké-Reis CO. Piso constitucional da saúde caiu? [Internet]. [acessado 2019 nov 26]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/11/ocke_ipea-ims_01_11_19.pdf.

16. Ocké-Reis CO, Benevides RPS, Funcia FR. O piso constitucional da saúde caiu? Rio de Janeiro: Ipea; 2020. (Nota Técnica, no prelo).

17. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems/RJ). Análise da proposta de mudança na modalidade de transferência de recursos da APS. Documento para discussão [Internet]. Rio de Janeiro; 2019 [acessado 2019 nov 26]. Disponível em: http://www.cosemsrj.org.br/assista-na-integra-do-seminario-proposta-do-ministerio-da-saude-da-mudanca-da-modalidade-de-transferencia-de-recursos-financiamento-da-atencao-primaria-em-saude-que-debateu-o-tema/.