

Financiamento para atenção básica à saúde no Brasil: avanços e desafios

Funding for primary health care in Brazil: progress and challenges

Paulo Capucci

Pesquisador em políticas públicas e especialista em saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; diretor da Associação Paulista de Saúde Pública.

As estratégias adotadas ao longo dos últimos anos no Brasil para a organização dos serviços de atenção básica ou primária em saúde são tema recorrente no debate acadêmico e entre gestores do SUS. No entanto, e paradoxalmente, estamos muito longe ainda de produzir efeitos desejáveis no atendimento eficaz de demandas de saúde nesse nível do sistema em todo territorial nacional.

Abordar esse tema pelo viés do financiamento público do sistema de saúde é boa alternativa para introduzir a análise acerca dos avanços da Atenção Básica no país que, contudo, requer ser estendida para outros aspectos a fim de compreender os caminhos para superar os desafios que se colocam hoje e adiante. Vamos por aí então!

Em números de 2013, o Ministério da Saúde informa que gastou R\$ 16,1 bilhões somente para o custeio das equipes de atenção básica, um aumento de 65% em relação a 2010, quando foram investidos R\$ 9,73 bilhões. Se tomarmos em conta que essas equipes - cerca de 35 mil - são orientadas pela Estratégia da Saúde da Família, o PSF, alcançando uma cobertura de cerca de 109 milhões de cidadãos, teremos um gasto per capita de cerca de 89 reais ou cerca de 40 dólares americanos para produção de serviços e cuidados que vão desde a saúde bucal, atenção à saúde de mulheres e gestantes, homens, idosos, crianças e adolescentes, saúde mental, saúde na escola e práticas integrativas e complementares do SUS, saúde indígena, o cuidado à pessoa com deficiência, da pessoa com tuberculose e do trabalhador, a atenção nutricional e a assistência farmacêutica (*ver programa da IV Mostra Nacional de Experiências em AB/PSF promovida pelo Ministério da Saúde em março de 2014*). Apesar do significativo incremento de gastos em AB nos últimos anos, definitivamente, são insuficientes os recursos financeiros alocados para o desenvolvimento satisfatório de tantas e variadas modalidades de atenção e cuidado em territórios tão diversos encontrados nas diferentes regiões do país.

Ainda pelo viés do financiamento, considerados os gastos totais do Ministério da Saúde na casa dos 77 bilhões de reais, veremos que a rubrica para custeio da Atenção Básica onerou cerca de 21% do total de gastos federais. Nos municípios e estados essa proporção tende a se repetir em todo território nacional, especialmente naqueles mais ricos e populosos. Mas se a Atenção Básica e suas tecnologias dão conta de atender cerca de 80% das demandas por cuidados em saúde - como cravado em jargão muito repetido por todos nós - como compreender esse aparente paradoxo de que 80% dos recursos financeiros são alocados nos outros níveis de atenção?

Em nosso entender, essa compreensão somente pode se dar se analisarmos a eficácia com que esse atendimento é realizado. E nesse sentido, o modelo adotado de organização de

serviços de Atenção Básica no Brasil parece estar esgotado, quando limita a organização funcional das Unidades Básicas de Saúde à função de porta de entrada do sistema de saúde e não, como deveria ser, o lugar de atenção primária organizada segundo aspectos territoriais e de ordenamento e regulação das ações e cuidados em saúde em rede. Apesar das inúmeras tentativas de capacitação em serviço de pessoal da saúde e de programas de qualificação do trabalho na rede básica, as práticas na atenção primária pouco evoluíram para além de um primeiro e desarticulado registro de queixa inicial e encaminhamento à atenção especializada, via recursos diagnósticos quase que exclusivamente alocados em serviços de média complexidade. Ou seja, ainda que se destinasse volume financeiro maior e proporcional à capacidade estimada de solução de demandas em saúde via atenção primária, o impacto tanto no estado de saúde das pessoas como no nível de satisfação técnica de problemas tenderia a não se alterar, assim como o grau de satisfação das pessoas com o acesso obtido. E por quê? Porque o que está imposto ao sistema de saúde brasileiro, e além-fronteiras, é uma agenda de pressões técnicas e corporativas aliada ao desejo de consumo de serviços de saúde, tudo estimulado por valores de cuidado baseados em acesso à recursos de alta tecnologia e protocolos clínicos de média e alta complexidade, mediados pela medicalização excessiva das ações e programas em saúde. Coisas que não são da esfera da atenção básica...

Enfim, para alocar maiores recursos em atenção primária ou básica em saúde e obter os retornos que sabemos possíveis e eficazes, seria preciso deslocar para a AB parte desses recursos da excessiva oferta de serviços de média e alta complexidade organizados de forma concentrada, isolada e quase autônoma em seu funcionamento organizacional e territorial. Isso somente seria possível se os protocolos de acesso e as condutas de cuidado em saúde fossem revistos sob os paradigmas da atenção primária, desde os currículos dos cursos de graduação em saúde até os programas de requalificação de práticas clínicas e de regulação do acesso à serviços de saúde no âmbito loco-regional do sistema.

Um bom começo seria rever as finalidades e estratégias do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com gastos de R\$ 1,1 bilhão em 2013 - na avaliação e indução das práticas de qualidade nos serviços básicos de saúde, estendendo essa avaliação para a qualidade de funcionamento da rede local de serviços, considerados os serviços de referência e sua adesão e compromisso com a Atenção Básica como orientadora, de fato, do cuidado em saúde.