

A PNAB Ricardo Barros e a maximização da desigualdade

O “Novo” Financiamento da Atenção Básica não só desmonta a saúde da família, prejudica o norte, o nordeste, os menores e mais pobres municípios

Por Hêider Pinto¹

Parte 1 – Quais seriam os municípios, estados e regiões “beneficiados” com os “novos” recursos?

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é federal, porém é executada pelos municípios. Uma política dessa natureza, para ter efeito, além de normatizar e regular ações dos municípios precisa se traduzir em um determinado desenho de financiamento. Este pequeno texto, produzido para debater na Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), busca fazer um exercício de qual desenho de financiamento resultaria da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) Ricardo Barros - aquela que até então era vista como a “PNAB Anti-Saúde da Família”, mas que agora mostramos como também discrimina negativamente o Norte, Nordeste e os menores e mais pobres municípios.

Nossos estudos mostraram que o financiamento que resultaria da aprovação da minuta da PNAB proposta pela gestão Temer/Barros tem vetores que são exatamente o inverso do esforço feito de 2011 a 2016: 1-aumenta a iniquidade; 2-discrimina negativamente os municípios mais pobres, menores e das regiões Norte e Nordeste; 3-é excludente, hoje beneficiaria só 821 (15%) municípios; 4-pune aqueles locais que mais se esforçaram para avançar rumo à cobertura de 100% da população, com qualidade e investindo na saúde da família.

Ela atuaria na tendência inversa daquela promovida pela mudança do Piso de Atenção Básica Fixo (que repassa mais recursos para os municípios menores e mais pobres), pela criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e pelo Programa Mais Médicos. Demonstraremos isso a seguir.

A minuta da PNAB Ricardo Barros cria a “equipe de atenção básica tradicional” (eqT), estabelece os critérios e determina um cálculo para ela de cobertura de 3 mil pessoas. Para saber a cobertura do que seriam essas equipes hoje basta consultar o site do Departamento de Atenção Básica (DAB): seria a diferença entre a cobertura total da Atenção Básica (AB) e a cobertura da estratégia de saúde da família (ESF). No Brasil, enquanto a ESF cobre 63% da população (conforme os parâmetros do DAB), a AB Tradicional cobre 11%.

A minuta da “PNAB Ricardo Barros” não diz que a AB Tradicional será financiada, mas o Ministério tem deixado isso claro em falas públicas e até textos disponíveis em seus sítios virtuais.

¹ Médico sanitário, mestre em saúde coletiva, doutorando em políticas públicas, foi diretor de Atenção Básica da Bahia de 2007 a 2009 e diretor nacional de AB de 2011 a 2014.

Então vamos analisar quem seriam os beneficiados com esse “novo” financiamento.

Em 4.137 (74%) municípios a cobertura da ESF é igual à cobertura total da AB, ou seja, não têm o que o Ministério quer chamar de eqT, mas, que na verdade, é uma AB restrita, de baixa qualidade, pouquíssima efetiva e pré-saúde da família. Somente para 821 (15%) municípios essa cobertura ultrapassa 3 mil pessoas, portanto, estariam aptos a cadastrar ao menos uma eqT a ponto de receber os recursos “novos” do Ministério da Saúde.

Embora aproximadamente 70% dos municípios do Brasil tenham até 20 mil habitantes, apenas 121 (3%) deles estariam entre os 821 beneficiados. Embora aproximadamente 15% dos municípios tenham entre 20 mil e 50 mil habitantes, apenas 248 (28%) deles seriam beneficiados. Ou seja, mais da metade dos municípios beneficiados teriam mais de 50 mil habitantes, embora eles representem apenas 15% dos municípios do Brasil.

O recurso, portanto, seria distribuído exatamente na lógica inversa do Piso de Atenção Básica, beneficiando os municípios maiores e mais ricos.

E quais regiões e estados seriam mais beneficiados?

Os 5 estados com a maior quantidade de pessoas cobertas hoje por aquelas que seriam as eqT são, em ordem: São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Paraná. Para vermos o quanto essa lógica concentraria os recursos nesses estados vamos fazer um conta simples: dividir a população coberta pela AB tradicional por 3 mil pessoas para ver o máximo de eqT que poderíamos ter no Brasil e quantas teriam nesses estados.

No Brasil seriam aproximadamente 7.970 eqT. Nesses cinco estados estariam 5.744 delas, ou seja, 72% de todas elas. Todos os estados do Nordeste juntos somariam só 778 eqT (menos de 10%) e todos do Norte apenas 500 (6%).

Assustador não? Talvez se olharmos para os estados de onde são os mais altos dirigentes do Ministério da Saúde e das outras duas únicas instituições que estão defendendo a PNAB isso possa até ganhar algum sentido, porque, fora isso, essa lógica de financiamento é absurda, contra todo o senso público e qualquer lógica de equidade. Mas talvez haja ainda outras razões.

Vamos imaginar agora que em vez de repassar R\$ 7.130,00, que é o valor mínimo que cada eSF recebe do governo federal, essas equipes recebessem metade: R\$ 3.565,00. Isso exigiria um incremento de 341 milhões de reais anuais no PAB Variável. Um recurso, que como mostramos, iria 72% dele para 5 estados, que são os mais ricos da federação, e para 15% dos municípios, aqueles com mais de 50 mil habitantes.

Então perguntamos: se o objetivo não é desestimular a Estratégia de Saúde da Família de modo que quem hoje tenha equipes de saúde da família substituam as mesmas por equipes tradicionais, então o melhor para fortalecer toda a Atenção Básica - como é a retórica dos proponentes - não seria aportar esse valor no PAB Fixo que pode ser usado pelo município tanto na saúde da família quanto na atenção básica tradicional?

Ora, este valor poderia agregar R\$ 1,71 habitante ano ao PAB Fixo que não recebe aumento desde o ano de 2013. Seria insuficiente para corrigir sequer a inflação do período, mas ao menos não seria tão vergonhosamente ampliador das desigualdades.

Tendo em vista que seria absolutamente contraditório qualquer um dos gestores municipais de 85% dos municípios, que nada têm a ganhar com esse financiamento, ser a favor dessa PNAB, só podemos concluir, cientificamente, que “há caroço nesse angu”! A “nova PNAB” só tem sentido se seu objetivo for abrir uma “estrada” para a substituição das equipes de saúde da família existentes pelo superado modelo de atenção básica restrita. E é disso que falaremos em um segundo texto.

Termino alertando: por essas e outras razões, não é possível aprovar uma Política sem ter claro qual é sua tradução em termos de financiamento. Estava certo o antigo CONASEMS que não permitia aprovar política nova sem a explicitação de seu desenho financeiro. Segue certo o Conselho Nacional de Saúde ao dizer que a mudança da PNAB interfere no financiamento e nos critérios de rateio do financiamento do SUS.