

Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS

Creation of the Primary Health Care Secretariat and its implications for SUS

João Gabbardo dos Reis (<https://orcid.org/0000-0003-4095-3001>)¹
 Erno Harzheim (<https://orcid.org/0000-0002-8919-7916>)²
 Maria Cristina Abrão Nachif (<https://orcid.org/0000-0003-3327-4123>)³
 Juliana Carla de Freitas (<https://orcid.org/0000-0003-1046-221X>)³
 Otávio D'Ávila (<https://orcid.org/0000-0003-1852-7858>)²
 Lisiane Hauser (<https://orcid.org/0000-0003-3324-5533>)¹
 Caroline Martins (<https://orcid.org/0000-0003-3384-2637>)²
 Lucas Alexandre Pedebos (<https://orcid.org/0000-0001-6663-352X>)²
 Luiz Felipe Pinto (<http://orcid.org/0000-0002-9888-606X>)⁴

Abstract *On May 20, 2019, one day after the world's celebration of the Family Physician's Day, the Ministry of Health published Decree N. 9,795 of May 17, 2019, which changed the organization chart of this federal body. For the first time in the country's history, a specific Secretariat responsible for Primary Health Care and the Family Health Strategy (ESF) was created. The ESF celebrated its 25th anniversary in 2019. The new Primary Health Care Secretariat (SAPS) has three departments: the already existing Department of Strategic Programmatic Actions (DAPES), a Department of Family Health (DESF) and a new Department of Health Promotion (DPS). The Secretariat has, among its competencies, commitments that seek to meet structural challenges, even in the face of a budget constraint scenario that has been observed since 2014. Among the commitments are: (i) increasing the population's access to family health units, (ii) definition of a new funding model based on health and efficiency results, (iii) definition of a new model for the provision and training of physicians for remote areas, (iv) strengthening of clinic and teamwork, v) expansion of the computerization of units and electronic medical records.*

Key words *Primary health care, Family health strategy, Organizational innovation, Ministry of Health, Brazil*

Resumo *Em 20 de maio de 2019, um dia após a celebração mundial do "Dia do Médico de Família", o Ministério da Saúde publicou o Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, que alterou o organograma desse órgão federal. Foi criada, pela primeira vez na história do País, uma Secretaria específica responsável pela Atenção Primária à Saúde e pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que completou 25 anos em 2019. A nova Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) abriga três departamentos: o já existente Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), um Departamento de Saúde da Família (DESF) e um novo Departamento de Promoção da Saúde (DPS). A Secretaria apresenta entre suas competências, compromissos que buscam enfrentar desafios de ordem estruturante, mesmo diante de um cenário de restrição orçamentária que vem sendo observado desde 2014. Entre os compromissos colocados estão: (i) ampliação do acesso da população às unidades de saúde da família, (ii) definição de um novo modelo de financiamento baseado em resultados em saúde e eficiência, (iii) definição de um novo modelo de provimento e formação de médicos para áreas remotas, (iv) fortalecimento da clínica e do trabalho em equipe, (v) ampliação da informatização das unidades e prontuário eletrônico.*

Palavras-chave *Atenção primária à saúde, Estratégia saúde da família, Mudança organizacional, Ministério da saúde, Brasil*

¹ Secretaria Executiva, Ministério da Saúde (MS). Esplanada dos Ministérios Bloco G/Edifício Sede/3º, Zona Cívico Administrativa. 70058-900 Brasília DF Brasil. gabbardo@saude.gov.br

² Secretaria de Atenção Primária à Saúde, MS. Brasília DF Brasil.

³ Gabinete do Ministro, MS. Brasília DF Brasil.

⁴ Departamento de Medicina de Família e Comunidade, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

Desde 1994, o apoio federal no custeio das Equipes de Saúde da Família foi permanente ano após ano, o que permitiu, passados 25 anos, que em abril de 2019, o País atingisse um total de 42.064 equipes implementadas em 5.506 municípios e Distrito Federal.

Ao longo desse período, o Ministério da Saúde consolidou dezenas de Portarias e estruturou a Política Nacional de Atenção Básica em março de 2006¹, posteriormente revisando-a por duas vezes, em 2011 e 2017. A PNAB redefiniu um conjunto de ações 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.

Para fazer frente aos desafios impostos pela atenção primária à saúde, prioridade número 1 do Ministério da Saúde, em 20 de maio de 2019, um dia após a celebração mundial do “Dia do Médico de Família”, este órgão federal publicou o Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019², que alterou o organograma então existente desse órgão federal. Foi criada pela primeira vez na história do país uma Secretaria responsável pela Atenção Primária à Saúde e pela Estratégia Saúde da Família, que completou 25 anos também em 2019. A estrutura da nova Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) abriga três departamentos: o já existente Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), um Departamento de Saúde da Família (DESF) e um novo Departamento de Promoção da Saúde (DPS) (Figura 1). Com isso, a Atenção Primária à Saúde, ao adquirir *status* institucional de Secretaria na estrutura ministerial, ganhou força ao receber maior protagonismo na cadeia decisória do Ministério da Saúde, e, também maior presença nas discussões internas acerca da destinação orçamentária do montante de recursos do Ministério da Saúde, acrescentando potencial indutor de reprodutibilidade da estrutura entre os entes estaduais e municipais.

A partir de 2019, novos desafios, colocados frente à restrição orçamentária observada no Ministério da Saúde desde 2014, trouxeram algumas questões que passaram a ser refletidas pelos gestores federais, referindo-se à: (i) ampliação do acesso da população às unidades de saúde da família, (ii) definição de um novo modelo de financiamento para atenção primária à saúde, baseado em resultados em saúde e eficiência, (iii) definição de um novo modelo de provimento e formação de médicos nas áreas mais remotas do País, incluindo-se a definição de uma carreira de

médica na Atenção Primária à Saúde (APS), (iv) fortalecimento da clínica e do trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família, (v) ampliação da informatização das unidades de saúde da família (centros e unidades de saúde) para registro individual eletrônico em prontuário da saúde e amplo uso dos dados provenientes desses registros para aprimoramentos na gestão.

Ampliação do acesso da população às unidades de saúde da família

A Portaria MS nº 930, de 15 de maio de 2019³, que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das unidades de saúde da família, permitirá a ampliação do acesso da população aos serviços de atenção primária à saúde, ao incrementar o financiamento federal para os municípios que aderirem a esse Programa. Além disso, apoiará os gestores locais que desejarem transformar unidades mistas, pronto-atendimentos e hospitais com número muito reduzido de leitos, em unidades de saúde da família (durante o atendimento diurno). Com isso, o Ministério da Saúde passa a apoiar com novos recursos aquelas USF que abrirem 60h ou 75h semanais, e ofertarem um conjunto obrigatório de ações e procedimentos, além de pactuar um conjunto de dados eletrônicos, tanto administrativos, como clínicos dos pacientes acompanhados, com o objetivo de realizar monitoramento regular associado ao repasse financeiro. Desse modo, a proposta busca ampliar o acesso de modo mais oportuno e conveniente aos cidadãos, propiciando que este seja atendido preferencialmente no mesmo ambiente que realiza o seu cuidado continuado, mesmo fora do horário comercial, ao passo que assegura o financiamento em dobro aos gestores que alcançarem resultados em saúde previstos, como a garantia da oferta de ações e serviços essenciais em período integral, alinhando o Brasil aos melhores sistemas de saúde do mundo.

Definição de um novo modelo de financiamento para atenção primária à saúde

Após vinte anos de criação do PAB fixo e PAB variável pelo Ministério da Saúde, há necessidade de repensar o financiamento da atenção primária à saúde. Este modelo foi importante para estimular o aumento da cobertura da APS brasileira, mas chegou ao seu limite. Até hoje, o MS financia somente a existência de equipes de APS, sem reflexos sobre sua responsabilização ou reso-

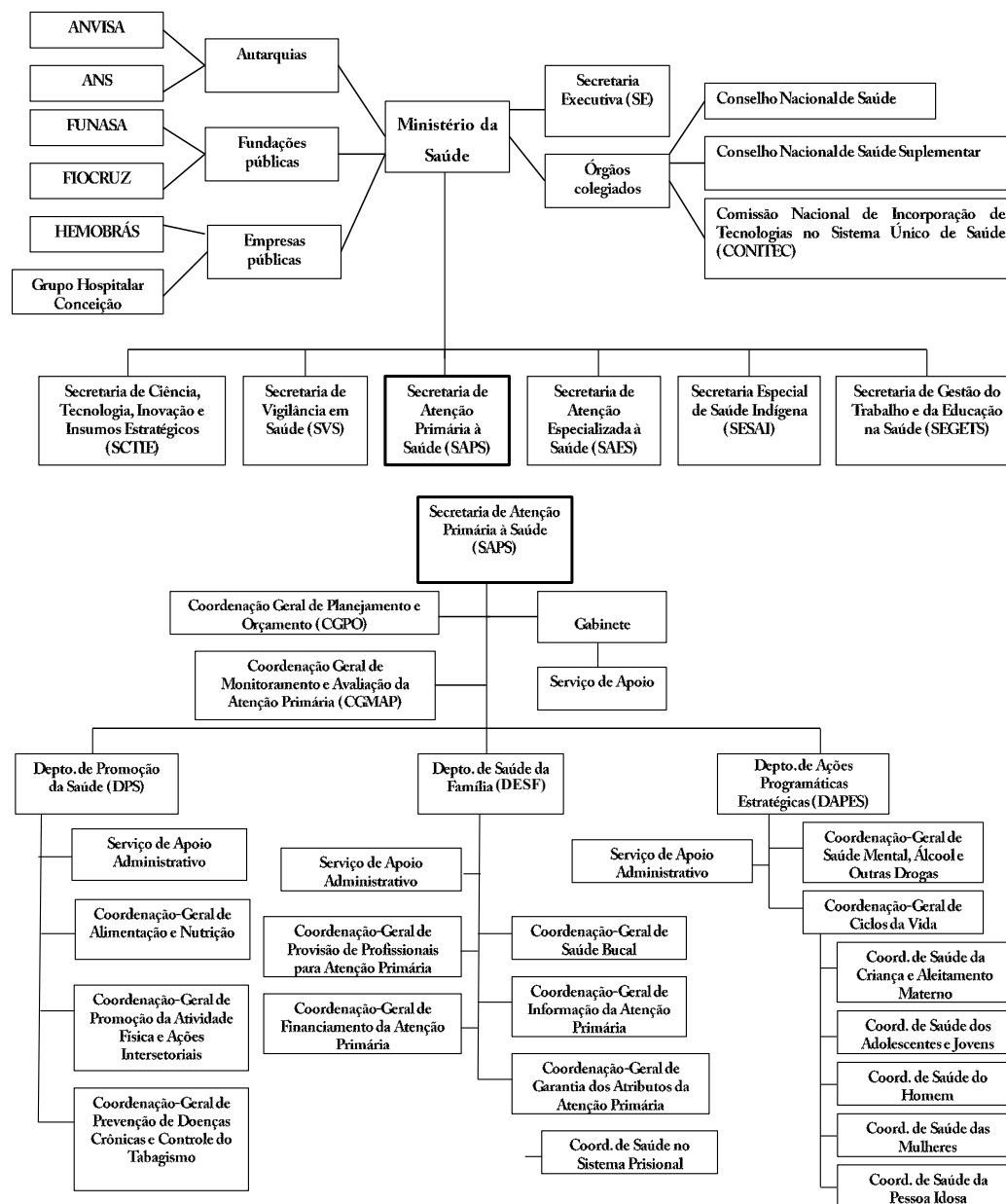


Figura 1. Organograma do Ministério da Saúde e detalhamento da nova Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) – 2019.

Fonte: Elaboração dos autores, a partir do Decreto nº 9.795 de 17 de maio de 2019.

lutividade. As limitações principais do PAB Fixo referem-se à lógica de pagamento per capita, sem nexos com responsabilização clínica, repassado ainda segundo a população estimada pelo IBGE e atualizada pelo Tribunal de Contas da União

para fins de repasse do Fundo de Participação dos Municípios. Este modelo não considera população efetivamente coberta pelas equipes de APS e tampouco pondera valores por indivíduos mais vulneráveis. Já o PAB Variável é repassado segun-

do a adesão a estratégias que mensuram mais aspectos de capacidade instalada (como o número de equipes de saúde da família implantadas e população com cobertura potencial) que os resultados em saúde. Entre os fatores que contribuem para a manutenção de um modelo que valoriza pouco a capitação e responsabilização das equipes e gestores, encontra-se a falta de informação individualizada para tomada de decisão em todos os três níveis de gestão: municipal, estadual e federal. Até hoje, a chamada “cobertura populacional de pessoas com atenção básica”, na verdade, não considera o registro individual de cada pessoa no cômputo desse indicador, caracterizando-se, portanto, o que podemos chamar de “cobertura potencial”, na medida em que o Ministério da Saúde considera um cálculo aproximado de uma equipe de Saúde da Família para uma média de 3.450 habitantes. Apesar das inúmeras iniciativas de organização das bases de dados cadastrais, permanecem pessoas com mais de um cartão nacional de saúde, por exemplo. A recente publicação do Decreto nº 9.723, de 11 de março de 2019⁴, que instituiu como número de identificação única suficiente e substitutivo de diversos documentos de identificação, o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) é mais um avanço do atual governo na tentativa de diminuir os cadastros duplicados e inválidos presentes hoje na maior parte dos cadastros individuais das equipes de saúde da família. Alguns países da Europa, historicamente, realizam a cada ano, a chamada “gestão das listas de duplicados” na APS, quando então limpam e qualificam as listas de usuários para que cada equipe de saúde saiba com maior exatidão o número de pessoas sob sua responsabilidade.

Pelo exposto acima, um dos indicadores propostos para o novo financiamento da APS valorizará o pagamento por cadastro individual único de pessoa adscrita e responsabilizada à equipe, sem estar duplicado, acrescentando à crítica de validação do mesmo, por meio da checagem do CPF. Esse registro é fundamental para o cálculo adequado, tanto da cobertura da atenção primária, como de uma série de outros indicadores, cujos denominadores se baseiam nas variáveis “sexo”, “faixa etária” e “vulnerabilidade social”. Além disso, esse modelo permitirá um monitoramento mais rigoroso dos resultados obtidos por cada equipe de Saúde da Família frente aos principais agravos em saúde, possibilitando pagamento por desempenho de cada meta clínica alcançada.

Também não podemos nos esquecer da diretriz da “equidade”, enunciada na Lei Complementar nº 141/2012⁵. O novo modelo de financiamento buscará por um lado, ponderar algumas situações de saúde e faixas etárias populacionais na definição do componente de capitação do modelo, por outro, a manutenção de incentivos financeiros para programas específicos já existentes e novos incentivos para redução das desigualdades regionais. Atendendo aos critérios de rateio exigidos pela Lei 141 sete anos após sua promulgação.

Definição de um novo modelo de provimento e formação de médicos nas áreas mais remotas do País, incluindo-se a definição de uma carreira médica na APS

Um novo modelo federal de provimento e formação de médicos para áreas mais remotas do país será proposto em substituição gradativa ao Programa Mais Médicos, dando livre arbítrio aos profissionais, reduzindo a rotatividade médica e a necessidade de mão-de-obra estrangeira. Esse Programa será submetido ao Congresso Nacional⁶ e conjunto de atores diretamente envolvidos, a fim de qualificar o debate com a sociedade e gestores acerca da responsabilidade tripartite sobre a garantia do cuidado médico na Atenção Primária, bem como a formação de profissionais médicos com habilidades e competências necessárias à atuação na APS. Associada ao modelo de contratação médica, a estratégia será composta ainda por um eixo de formação de especialistas em medicina de família e comunidade que assegurará o progresso na carreira, a supervisão periódica em serviço para todos os profissionais médicos, e a qualidade clínica e responsabilização populacional requerida para a APS. A formulação dessa estratégia viabilizará em seu escopo um eixo de provimento médico a partir de modelo de contratação federal de médicos para APS- direcionada apenas àquelas localidades do “Brasil profundo”, para áreas de maior dificuldade de fixação, seguindo critérios de definição de vulnerabilidade municipal instituídos pelo órgão oficial de geografia e estatística do País (tipologias urbano e rural do IBGE⁷), assim como critérios de vulnerabilidade social de cada cidadão assistido pela APS (como os beneficiários de programas sociais como o Bolsa-Família, Benefício de Prestação Continuada, dentre outros).

Fortalecimento da clínica e do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família e a carteira de serviços da atenção primária à saúde

O fortalecimento da clínica e do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família passa pelo reconhecimento dos entes federados da importância da APS para organização dos serviços. Para isso, além da infraestrutura física das Unidades de Saúde da Família, há que se ter condições de trabalho e divisão clara e com subsidiariedade das atribuições de cada um dos profissionais a partir das ações e procedimentos ofertados à população, sem prejuízo dos processos de cuidado compartilhado entre os profissionais. Nesse sentido, a criação de uma “carteira de serviços de atenção primária” poderá ajudar na definição dos papéis que cada um deverá desempenhar, além de direcionar os serviços e procedimentos essenciais a serem desempenhados nesse ambiente de cuidado, reduzindo a ampla variabilidade de ofertas existentes na APS nacional entre os municípios, mas também entre unidades de um mesmo município. Além disso, há o financiamento do profissional gerente de APS com objetivo de permitir as equipes aprimorar a gestão da clínica, o monitoramento de pacientes prioritários e melhorar arranjos organizacionais, monitorar indicadores essenciais e fazer gestão de insumos das equipes. A organização do trabalho em equipe auxiliará o desenvolvimento dos atributos da atenção primária à saúde, especialmente a coordenação do cuidado.

Ampliação da informatização das Unidades de Saúde da Família

A ampliação da informatização das Unidades de Saúde da Família configura-se no primeiro passo para o estabelecimento da infraestrutura física e lógica adequada para a transmissão eletrônica dos dados dos usuários atendidos nas unidades. Nessa perspectiva, uma das metas preconizadas pelo Ministério da Saúde é dar continuidade ao aperfeiçoamento do modelo de prontuário eletrônico do cidadão específico para APS, em desenvolvimento desde 2012. Objetivar, por meio de uma comunidade de profissionais e instituições, manter uma estratégia contínua de desenvolvimento e aperfeiçoamento do modelo de informação eletrônica, e suas funcionalidades clínicas subsidiárias, para permitir a integração da totalidade da trajetória clínica dos pacientes, propiciando um aprimoramento no processo de

gestão clínica, sobretudo dos casos prioritários. Para isso, financiamento específico fundo-a-fundo para cada equipe de Saúde da Família permitirá que cada município eleja a solução de tecnologia que mais se adapta à sua realidade e ao modelo de dados obrigatórios da SAPS. A fim de possibilitar uma solução de baixo custo aos municípios mais vulneráveis econômica e administrativamente, o MS manterá o desenvolvimento do software atual, transformando-o em um eSUS-APS com definição clara e pública sobre as funcionalidades a serem desenvolvidas, incluindo a participação de municípios parceiros na definição de prioridades dentro do escopo. Ao mesmo tempo, permitirá e estimulará o desenvolvimento de inovações por entidades privadas e sua adoção posterior por entes públicos. Melhorias já programadas no modelo de dados e disseminação de informações permitirão o acompanhamento com maior qualidade de indicadores de saúde em todas as esferas de governo, gerando importante limpeza das bases, processo contínuo de avaliação de qualidade dos dados e vinculação direta dos usuários às equipes, fundamental para que o acompanhamento dos indicadores de saúde represente mais proximamente a realidade local.

Limites e desafios

Um dos maiores desafios para a atenção primária é a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, bem como a indução e financiamento de um modelo de atenção na APS que seja orientada pelos atributos essenciais da APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Nesse sentido, o estabelecimento de uma linha de base de indicadores e posterior monitoramento torna-se necessário, a fim de verificar de qual modelo estamos partindo e de que modo as agendas e estratégias supracitadas trarão mudanças. Por isso, entre as novas estratégias planejadas, pode ser citada a parceria com o IBGE junto à Pesquisa Nacional de Saúde – 2019, que permitirá traçar uma linha de base dos atributos da APS para cada unidade da federação, grandes regiões e Brasil, para que, posteriormente, possa ter sua evolução comparada. Estamos nos referindo à inclusão do conjunto de perguntas que compõem o instrumento intitulado *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) em sua versão reduzida para adultos de 18 anos ou mais. Esse instrumento já foi validado para o País e foi referência no processo de avaliação da APS do próprio Ministério da Saúde até o ano de 2010⁸.

Perspectivas

O Brasil atravessa um período de estagnação econômica nos últimos anos que impõem enormes desafios ao Ministério da Saúde. Porém, antes da Saúde pleitear novos recursos, há que se alocar com melhor eficiência os recursos hoje existentes. Defendemos que seja a Atenção Primária à Saúde o locus prioritário para alocação

mais eficiente e efetiva dos recursos de saúde, trazendo-a, de fato, para o assento do condutor⁹, na coordenação do cuidado para os outros níveis de atenção, a exemplo do que fizeram todos os países com sistemas universais de saúde do mundo e que hoje são capazes de exibir excelentes indicadores de saúde e qualidade de vida da sua população, com ações intersetoriais e valorização da promoção da saúde em ambientes saudáveis.

Colaboradores

JG Reis, E Harzheim, MCA Nachif, JC Freitas, O D'Ávila, L Hauser, C Martins, LA Pedebos e LF Pinto participaram na redação do texto. E Harzheim fez uma revisão crítica do texto. Todos os autores aprovaram a versão a ser publicada.

Referências

1. Brasil. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. *Diário Oficial da União* 2019; 20 maio.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política nacional de atenção básica*. Brasília: MS; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde).
3. Brasil. Portaria MS nº 930, de 15 de maio de 2019. Dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das unidades de saúde da família. *Diário Oficial da União* 2019; 15 maio.
4. Brasil. Decreto nº 9.723, de 11 de março de 2019. *Diário Oficial da União* 2019; 12 mar.
5. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União* 2012; 16 jan.
6. Brasil. Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2019; 1 ago.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil : uma primeira aproximação*. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil. Série A. Normas e Manuais Técnicos*. Brasil: MS; 2010. [acessado 2019 Jun 5]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf
9. Saltman RB, Rico A, Boerma GW. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press; 2006.

Artigo apresentado em 15/06/2019

Aprovado em 02/07/2019

Versão final apresentada em 04/07/2019