

Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a Atenção Básica

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

No artigo “Atenção básica agora é prioridade”, escrito em 2011, analisamos decisões relativas ao financiamento da Atenção Básica (AB) que produziram o maior aumento anual do Piso da Atenção Básica (PAB) desde sua criação. Com orçamento de 2011 já executado e os aumentos de 2012 publicados, é possível, agora, avançar da intenção à análise do gesto e aprofundar em dois aspectos: o novo desenho de financiamento da AB e o aumento acumulado no período 2011-12. Estes dois anos somam mais de 3,6 bilhões de aumento, que representam um acréscimo de quase 37% nos recursos repassados fundo a fundo para a AB. É o maior reajuste desde a criação do PAB, que inclui verbas dispostas no contexto da nova Política Nacional de Atenção Básica - “Saúde Mais Perto de Você”, e evidenciam que a atenção básica, definitivamente, entrou na agenda prioritária do Governo. A prioridade dada pela Presidenta Dilma e pelo Ministro Alexandre Padilha só vem coroar o esforço de décadas de todos os cidadãos, trabalhadores e gestores que lutam por uma Atenção Básica universal, acessível, acolhedora e resolutiva, configurando pra todos estes uma oportunidade história que deve ser aproveitada ao máximo.

INOVANDO NO DESENHO DO FINANCIAMENTO

O conjunto de Portarias publicadas no ano de 2011 permite afirmar que o financiamento federal da atenção básica ganhou novos conteúdos e contornos, em especial as Portarias 1.602, de 09/07/2011, que define os valores per capita do PAB Fixo; a 1.654, de 19/07/2011, que institui o Componente de Qualidade na Atenção Básica (PMAQ); a 2.206, de 12/09/2011, que institui o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde; e, finalmente, a 2.488, de 21/10/2011, que aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica.

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

Até 2011, todos os municípios, independentemente de seus indicadores sócio-econômico-demográficos, recebiam um mesmo valor per capita para a AB estipulado em R\$ 18,00 hab./ano. A Portaria 1.602 mudou isso! Instituiu um fator equitativo, ao começar a levar em conta a situação sócio-econômico-demográfica de cada um dos 5.565 municípios do Brasil, que foram distribuídos em quatro grupos, O primeiro, formado pelos menores municípios, mais pobres e com piores indicadores, passou a receber um per capita maior do que do grupo de maiores e mais ricos municípios. O resultado é que esses menos favorecidos obtiveram um aumento acumulado (2012 ante 2010) de 38,8%, enquanto que para os mais ricos foi de 11,1%. Isto representa mais recursos para quem tem as maiores dificuldades e as piores condições para enfrentá-las.

O PAB Variável foi mantido e segue induzindo a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Conforme a Portaria 2.488, a ESF é compreendida como a estratégia prioritária de “expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade”.

Foi ampliado o universo de modelagens de equipes reconhecidas como ESF e, portanto, financiadas pelo PAB Variável. Isso permitiu maior adequação à diversidade do país, tanto em termos das distintas realidades municipais quanto das especificidades das populações atendidas. Essa mudança permitiu enfrentar a estagnação do crescimento da ESF, e a média de crescimento pós-mudança constatada é 150% maior do que no ano passado e 60% maior do que a média dos últimos três anos.

Contudo, a mais importante inovação no desenho de financiamento foi criada no PAB Variável pela Portaria 1.654/2011: o “Componente de Qualidade”. Ele garantiu aumento do repasse de recursos em função da contratualização de compromissos e do alcance de resultados na concretização dos mesmos, tendo como referência padrões de acesso e qualidade pactuados de maneira tripartite. Perto de completar um ano de existência (19 de julho), já alcança 9,5% do total do PAB Variável e tem-se previsão de chegar a 15% em 2013, quando poderá ser universalizado a todas as equipes de atenção básica do País.

Fecha o novo desenho de financiamento da AB uma parcela expressiva de recursos que, articulados ao Plano “Brasil Sem Miséria”, foram mobilizados para o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), instituído pela Portaria 2.206, de 14/09/2011, com seu primeiro componente, o de Reformas. Este programa tem a ousada

tarefa de mudar a cara da Atenção Básica à Saúde, ela que foi a Porta de Entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) para 81% dos usuários atendidos no sistema no último ano (DOGES/MS 2012). O Programa de Requalificação prevê mais de 3,5 bilhões de reais para responder a toda necessidade de reformas, ampliações e informatização de UBS do País, além de permitir a construção de novas.

Em síntese, o financiamento da AB seguiu induzindo a mudança de modelo por meio da ESF e passou a garantir, proporcionalmente, mais recursos para os municípios que mais precisam, a valorizar aqueles que se empenham em alcançar melhores resultados, e a financiar a plena reestruturação da rede física e modernização das UBS do Brasil.

COMO CALCULAMOS OS RECURSOS INVESTIDOS DE 1998 ATÉ HOJE

Para calcular os recursos de 1998 até hoje foram levantadas e estudadas todas as portarias, desde 1996, e memórias de execução orçamentária de recursos da AB, desde o ano de 1998 até 2011, utilizando para isso as fontes do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), do Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS) e do Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS). Para o ano de 2012 foi considerado o orçamento aprovado na Lei Orçamentária Anual (tendo em vista que a produção deste artigo ocorre no meio do ano e o orçamento não está integralmente executado) combinado às Portarias 953, de 15/05/2012; 978, de 16/05/2012; e 1.089, de 28/05/2012 que aumentaram o repasse de recursos para a atenção básica. Como, muitas vezes, um aumento “expressivo” em um ano é a contraface de um aumento “tímido” em ano(s) anterior(es) optamos por abordar e comparar períodos bianuais ou quadrianuais, que conferem mais estabilidade e menor flutuação à comparação e representam, de maneira mais fidedigna, a proposta e esforço de financiamento da AB para um dado governo.

As emendas parlamentares e emendas populares foram consideradas à parte, não só porque apresentam uma característica mais flutuante, mas também porque o volume expressivo das mesmas no orçamento de 2012 prejudica a comparação deste ano com os anteriores. A excelente execução de emendas parlamentares no ano de 2011 (no DAB, 90% das propostas autorizadas em 2011 foram pagas, sendo que em 2010 foram 32%) associada a estratégico trabalho de orientação parlamentar, feito a partir deste ano pelo Ministério da Saúde, e à nova Lei nº 28/2011 - que cria as emendas populares - resultou num orçamento de 2,6 bilhões para o ano de 2012, quase três vezes maiores do que a soma das emendas orçadas para os anos de 2009, 2010 e 2011 (R\$ 911 milhões). De qualquer modo, é importante aguardar quanto será

descontingenciado pelo Ministério da Fazenda e, na sequência, executado pelo Ministério da Saúde.

Também não foram considerados os recursos de custeio das equipes de Atenção Domiciliar do “*Melhor em Casa*”, pois este serviço opera na interface da Rede que articula AB, Urgências e Atenção Hospitalar. Por outro lado, foram normalmente considerados os referentes aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as Equipes de Atenção Básica específicas, tais como as Ribeirinhas, Fluviais e os Consultórios na Rua.

O AUMENTO EQUITATIVO DO PER CAPITA

O repasse de recursos per capita para a AB começou, em 1998, com a criação do PAB Fixo, que para a maioria dos municípios tinha o valor de R\$ 10,00 hab./ano. De 1998 a 2002 este valor não teve aumento, apesar da inflação acumulada no período ter atingido 26%, de acordo com Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), utilizado como indicador oficial de inflação pelo Banco Central do Brasil. A massa total de recursos do PAB cresceu, no período citado, devido ao número de municípios que solicitaram habilitação em Gestão Plena de Atenção Básica ou Gestão Plena do Sistema Municipal, combinada com o crescimento da população. Representou um aumento orçamentário de R\$ 647 milhões (55%), em médias anuais de R\$ 161,8 milhões.

Em 2003, no primeiro ano do Governo Lula, houve reajuste do per capita para R\$ 12,00 hab./ano até chegar a R\$ 15,00 habitante/ano, em 2006. Frente aos R\$ 10,00 hab./ano acumulou um aumento expressivo de 50% neste período. O orçamento total cresceu R\$ 753,6 milhões (41%), com médias anuais de R\$ 188,4 milhões.

No quadriênio de 2007 a 2010, o aumento per capita foi menos significativo e o PAB Fixo elevou-se a R\$ 18,00 hab./ano (20% a mais), promovendo uma ampliação do orçamento de R\$ 886,7 milhões (34%), com médias anuais de R\$ 221,7 milhões.

O novo PAB Fixo, como foi expresso antes, diferencia o valor per capita por município beneficiando o município mais pobre, menor, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre e com as menores densidades demográficas. Apenas nos anos de 2011 e 2012 aqueles municípios com os piores indicadores, que são 70% do total do Brasil, tiveram 38,8% de aumento, saltando para R\$ 25,00 hab./ano. Para outros 20% de municípios, em situação melhor do que a dos mais pobres, o per capita foi estipulado em R\$ 23,00 hab./ano representando 27,8% de aumento. Para 7% dos municípios, no estamento logo acima, o aumento foi de 16,7% e resultou em R\$ 21,00 hab./ano, e, finalmente, para os 3% de

municípios maiores e mais ricos do País o aumento foi de 11,1%, que elevou o PAB Fixo a R\$ 20,00 hab./ano.

Portanto, para um mesmo período de tempo considerado, este é o maior aumento nominal do per capita, que somado ao dispositivo que não reduz o repasse do PAB Fixo mesmo quando um município perde população, promoveu um acréscimo orçamentário de R\$ 667,2 milhões (19%) e levou o repasse per capita da AB a atingir a marca de R\$ 4,13 bilhões. Um crescimento médio anual, em 2011 e 2012, de 333,6 milhões, 50% mais do que o do quadriênio anterior e maior do que todos os períodos anteriores.

Se considerarmos a inflação oficial acumulada de 1998 a 2012 que é de 127% observamos o dado, extremamente relevante, de que em 2012, pela primeira vez e para a maioria dos municípios, o valor do PAB Fixo acumula ganho real acima da inflação: 70% dos Municípios recebem agora R\$ 25,00 quando o valor corrigido, a partir dos R\$ 10,00 em 1998, seria de R\$ 23,72.

AUMENTO QUE VALORIZA INVESTIMENTO, ESFORÇO, QUALIDADE E RESULTADOS

A Portaria 2.488 ampliou o leque de modelagens que são compreendidas como Equipes de Atenção Básica (EAB). Além dos diversos formatos de ESF houve a inclusão de EAB para a população de rua (os Consultórios na Rua). Também ampliou, significativamente, o número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e simplificou e facilitou as condições para que possam ser criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas.

O impacto destas medidas começou a ser notado somente em janeiro de 2012, pois os últimos meses de 2011 foram utilizados para adequar os sistemas de informação e de pagamentos às novas modalidades. Como já citado, o crescimento médio das ESF é 60% maior do o dos últimos três anos, e o número de NASF obteve um crescimento, nos primeiros quatro meses de 2012, 50% acima do que vinha se registrando no último ano. Ambas as acelerações trarão um impacto no orçamento maior do que o projetado, pois está superior à média dos últimos três anos, e é um dos parâmetros utilizados pelo DAB quando planeja os valores para a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Precisão para esses dados, no entanto, somente ao fechar o ano.

Em 2011/12, os valores de custeio das ESF e das Equipes de Saúde Bucal (ESB) modalidade I foram reajustados conforme a inflação do período, enquanto que os das ESB modalidade II acima da inflação. Já o incentivo aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi reajustado em

22%, o referente as UBS Fluviais em 25%, o destinado aos NASF tipo 2 em mais de 30% e, finalmente, as ESF Ribeirinhas (com a novidade do custeio do transporte) em mais de 40%.

Contudo, o que faz o aumento do PAB Variável ser singular, comparado aos anos anteriores e para além da expansão da atenção básica e dos reajustes, são os recursos do Componente de Qualidade. Ele não existia em 2010, e com sua criação em 2011 passou a representar 1% do PAB Variável saltando a 9,5% em 2012, e pode alcançar 15% em 2013.

O Componente de Qualidade reúne os recursos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) que compreende quatro fases: Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Re-Contratualização. Teve a adesão de quase 18 mil EAB e 4 mil municípios, que contratualizaram compromissos e metas e realizaram processo de auto-avaliação e têm monitorado, mês a mês, 47 indicadores. Essas equipes estão passando por um processo de avaliação externa que considera as condições de infraestrutura e funcionamento das UBS; o apoio da gestão à organização da EAB; a satisfação e participação do usuário; a garantia de direitos, carreira, processos desejáveis de gestão do trabalho e educação permanente das EAB; e, finalmente, a avaliação do acesso e da qualidade da atenção à saúde ofertada naquela unidade. Além da avaliação das EAB aderidas, todas as UBS e municípios do país serão visitados para elaboração do Censo das Unidades Básicas de Saúde. Os dois processos produzirão o maior diagnóstico desta natureza já feito no Brasil, e permitirão uma ação de extensão e profundidade sem correspondente no mundo.

A EAB que alcançar nesse processo de avaliação externa o desempenho considerado “Ótimo” receberá, mensalmente, R\$ 11.000,00 a mais no repasse fundo a fundo do Ministério da Saúde. Os desempenhos “Bom” e “Regular” agregam 60% e 20% deste valor, respectivamente. A título de ilustração, uma ESF Modalidade I (completa, com Saúde Bucal) aderida ao PMAQ, com 6 ACS e atendendo 3.000 pessoas (que é o recomendado pela PNAB), e locada em município do grupo dos 70% mais pobres recebe, mensalmente, R\$ 27.716,00 se somarmos os recursos repassados pelo PAB Fixo e Variável. Caso esta EAB obtenha desempenho “Ótimo” o incentivo global chegará a R\$ 36.516,00. Estes valores são, respectivamente, 30% e 71% maiores do que os praticados em dezembro de 2010, quando atingiam R\$ 21.384,00.

Mesmo numa ESF Modalidade II com as mesmas características só que situada nos 155 municípios maiores e mais ricos do país, esse valor subiu de R\$ 17.184,00, em dezembro de 2010, para os atuais R\$ 21.786,00. Contudo, se esta EAB alcançasse desempenho “Ótimo” no PMAQ chegaria a R\$ 30.586,00. Também para esses municípios os valores são, respectivamente, 27% e 78% maiores do que os praticados anteriormente.

Sob qualquer ponto de vista, os aumentos são muito expressivos e sintetizam o impacto financeiro da nova Política Nacional de Atenção Básica - *Saúde Mais Perto de Você*.

EQUIDADE, INFRAESTRUTURA E MODERNIZAÇÃO

Uma parcela dos recursos do Bloco de Atenção Básica é disponibilizada para os municípios conforme critérios que levam em conta a equidade e a adesão em Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Este dispositivo foi criado pela Portaria 1.624, de 10/07/2007, com a Compensação de Especificidades Regionais (CER), que define faixas distintas de alocação por unidade da federação de acordo com a população e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), e exige a aprovação pela CIB de projetos que enfrentem a desigualdade e atendam a especificidades regionais. Este recurso foi mantido como estratégia no *Saúde Mais Perto de Você*, ao qual se agregou o chamado Programa de Requalificação das UBS que tem formato semelhante, mas define a alocação de recursos conforme a população e percentual de população em extrema pobreza e exige a apresentação de propostas ligadas à infraestrutura e modernização das UBS.

Instituído pela Portaria 2.206, de 12/09/2011, o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde tem o objetivo de melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, modernizar e qualificar o atendimento à população, com base na construção de novas e mais amplas unidades. Ou por meio da recuperação e ampliação das estruturas físicas existentes, além de prover a informatização das UBS. O Programa é composto por cinco componentes: Construção, Reforma, Ampliação, Informatização e implantação de Telessaúde em UBS e, finalmente, Construção de unidades fluviais.

Para o planejamento dos recursos que deveriam ser investidos, até 2014, foi realizado um diagnóstico a partir do cruzamento do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) com dados da pesquisa Assistência Médico Sanitária do IBGE (AMS 2009) e do Censo Requalifica UBS, que obteve respostas de mais de 90% dos municípios brasileiros. Esse diagnóstico permitiu identificar quantas UBS eram próprias, cedidas ou alugadas, quantas tinham documentação adequada, quais eram as datas de construção e da última reforma realizada, além de quantas tinham acesso a internet, entre outras informações úteis para definir as unidades elegíveis para o Programa. Com base nisto foi identificada a necessidade de serem investidos mais de 3,5 bilhões de reais até 2014, o que o constituiu no maior programa de investimento na rede física já realizado no SUS.

Identificou-se que das aproximadas 40.000 UBS existentes em todo o País, em efetivo funcionamento, 20.700 eram próprias ou funcionavam em imóveis cedidos, a documentação estava adequada, e não tinham sido construídas ou passado por reformas nos últimos dois anos. Destas, 11.000 tinham estrutura com metragem inferior a 153,24 m², área mínima exigida pela Portaria 2.226, de 20 de novembro de 2009. Portanto, para o adequado atendimento à população, funcionamento dos serviços e bem estar dos profissionais essas UBS precisariam e poderiam ser ampliadas. Para as outras 9.700 unidades, que tinham a metragem adequada, mas não haviam passado por reforma recente, foi oferecida a possibilidade de serem solicitados recursos para reformas.

Para ambas intervenções, o cadastramento de propostas extrapolou o valor de verbas definido no primeiro ano para a maioria das unidades da federação, destinadas, proporcionalmente em maior volume para aquelas com maior presença de população em extrema pobreza. A decisão do Ministro da Saúde Alexandre Padilha foi de custear toda a demanda solicitada, de modo que o valor previsto para as Reformas no ano de 2011 saltou de 190 milhões para 538 milhões de reais, repassados para a execução de obras em 5.247 UBS instaladas em 1.788 municípios.

Este Componente Reforma do programa de requalificação representou um salto quantitativo e qualitativo na liberação de recursos para este fim, com o uso da modalidade fundo a fundo e informatização de todas as etapas do processo. A título de comparação, de 2004 a 2010 foram aprovados 158 Reformas de UBS, por meio de convênios. Já com o Programa, em um único ano, o número de propostas aprovadas e pagas é 33 vezes maior do que nos seis anos anteriores.

O Componente Ampliação de UBS, por sua vez, foi instituído no Programa de Requalificação das UBS pela Portaria 2.394, de 11 de outubro de 2011. O cadastramento para propostas de Ampliação de UBS iniciou em dezembro de 2011 e findou em janeiro de 2012. No total, foram cadastradas 5.459 propostas em 2.265 municípios, com valor solicitado de 548 milhões de reais. Decisão recente da Presidenta da República, Dilma Rousseff, garantiu recursos, ainda em 2012, para todas as ampliações solicitadas, em número 10,4 vezes maior do que as 528 ampliações feitas, por meio de convênios, nos últimos seis anos.

No Componente Construção de UBS, 553 milhões de reais foram empenhados em 2011 para financiar 2.105 UBS. Já no de UBS Fluvial, criado para prover atendimento às populações ribeirinhas, onde o acesso aquaviário é o mais fácil, e em alguns locais o único possível, foram contemplados convênios para 13 UBS Fluviais, em 2011, que totalizaram o valor de 16 milhões

reais. Para o ano de 2012 estão previstos mais 23 milhões de reais para serem construídas 19 UBS Fluviais, e a meta, até 2014, é de financiamento de 64 UBS Fluviais.

O último componente chama-se Informatização e Telessaúde e objetiva realizar um duplo movimento: de um lado, informatizar todas as Unidades Básicas de Saúde e viabilizar a implantação de um novo sistema de informação na AB, integrador dos demais sistemas, com identificação singularizada de cada usuário pelo Cartão SUS e com módulo de prontuário eletrônico. De outro, utilizar a mesma informatização e conectividade para, via implantação do Telessaúde Redes da Atenção Básica, ampliar a resolubilidade de nossas UBS, agilizar o atendimento, qualificar a gestão do cuidado, e reduzir as filas de espera na atenção especializada. Em 2011 e 2012 foram disponibilizados para municípios e estados 74 milhões de reais, que correspondem a 64 projetos que vão beneficiar quase 17 mil EAB em 3.266 municípios.

Tão marcante quanto o quantitativo investido no Programa de Requalificação das UBS é a mudança gerencial e informatização de procedimentos que foi implantada, desde a apresentação de propostas até o monitoramento do andamento das obras, passando pelo cálculo informatizado e parametrizado dos valores de incentivo, conforme a obra proposta. Este é um tema que merece ainda ser aprofundado em outro artigo.

Em síntese, o investimento em 2011 e 2012 chegou a R\$ 1,8 bilhão de reais, enquanto que em 2009 e 2010 somou 310 milhões de reais. Duplo ganho, pois além de ser quase seis vezes maior aumentou a gama de opções do gestor municipal, que passou a incorporar em recursos de programa reformas, ampliações, construções de UBS fluviais, informatização, implantação de telessaúde, fora as construções de UBS e equipamentos que já eram contempladas.

Se somarmos estes investimentos aos empregados nas construções de Academias da Saúde, importantíssimo programa criado em 2011 e que já empenhou 246 milhões de reais, teremos a impressionante marca de quase 15 mil obras em 3.933 municípios, 71% do total de municípios do Brasil.

Sob qualquer ótica, o avanço no investimento com o objetivo de “mudar a cara” da principal porta de entrada do SUS, as Unidades Básicas de Saúde, é impressionante! Não só contribui e contribuirá para a melhoria do atendimento e ampliação da legitimidade da Atenção Básica à Saúde junto à população, como produzirá significativo avanço nas condições de trabalho dos profissionais de saúde, além de gerar uma quantidade aproximada de 300 mil empregos diretos e indiretos. Por ampliar serviços e avançar na garantia de direitos, por gerar emprego e renda, o Programa de Requalificação é também uma prioridade do Plano “Brasil Sem Miséria”.

EM SÍNTESE

Em síntese, todos os recursos mencionados agregaram juntos mais 3,63 bilhões de reais ao repasse fundo a fundo da AB feito pelo Ministério da Saúde aos municípios. O recursos orçamentários saltaram de 9,73 bilhões de reais em 2010 para 13,36 bilhões de reais em 2012, um significativo aumento de 37% que supera em mais de três vezes a inflação do período.

Para facilitar a visualização da evolução do financiamento da atenção básica, calculamos um per capita federal da AB que considera a soma de todos os valores apresentados no artigo e divide pela população do Brasil em cada período. No ano de 1998, este per capita encontrava-se em apenas R\$ 9,00 hab./ano, abaixo do mínimo que cada município poderia receber. Isto ocorreu porque nem todos os municípios estavam habilitados ao recebimento dos recursos.

Em 2002, com o aumento da adesão municipal e a expressiva implantação de ESF e PACS no país - que já contavam com 16,7 mil equipes e 175 mil agentes - este per capita chegou a dobrar de valor, atingindo R\$ 18,00 hab./ano. Nos quatro anos seguintes, este valor passou para R\$ 32,00 hab./ano (aumento de 77%), e em 2010 alcançou a marca de R\$ 50,00 hab./ano (aumento de 56%). Agora em 2012, levando em conta todos os reajustes realizados e as projeções de implantação de serviços, a expectativa é de atingirmos um valor per capita federal da AB de R\$ 70,00 hab./ano. Vai representar um aumento de 40% em relação ao ano de 2010, e sete vezes acima do mínimo estabelecido em 1998.

É importante salientar, mais uma vez, que, considerando os recursos citados e utilizando como base o ano de 1998, chegamos em 2012 a um aumento que é quase o triplo da inflação do período. Destacamos, novamente, que os anos de 2011 e 2012 tiveram incrementos importantes em termos de quantidade e de qualidade, que demonstram a prioridade dada pelo Governo Federal à Atenção Básica.

É importante considerar que temos hoje muitos mais serviços de AB, que há uma busca permanente de ampliação da cobertura, do escopo e da resolubilidade destes serviços, e que isso aponta para custos ainda maiores do que os previstos nos idos de 1998.

Assim, tão importante quanto afirmar, ativa e concretamente (por políticas, ações e recursos), a AB como agenda prioritária e estruturante, é garantir a ela um financiamento sustentável. Para esse avanço dois movimentos são decisivos: o primeiro, de concluir os estudos iniciados dos gastos e custos reais das ações e serviços básicos de saúde. São desenvolvidos por áreas do Ministério da Saúde, CONASEMS e CONASS em parceria com o Instituto de Esquisa Econômica Aplicada (IPEA), e diversos grupos universitários de pesquisa na área.

O segundo, com base no conhecimento acumulado e nos novos estudos, avançar para um desenho de financiamento esboçado no Decreto 7.508/2011 que considera as necessidades de saúde da população, o mapa de serviços de saúde e os resultados alcançados. O formato atual é embrião desse na medida em que corresponde a este esboço, respectivamente, o Novo PAB Fixo, o PAB Variável e o Programa de Requalificação das UBS e o Componente de Qualidade-PMAQ.

A Atenção Básica precisa que o financiamento seja efetivamente tripartite. Hoje pouquíssimos estados contribuem de maneira significativa com o seu custeio, ainda que notemos uma disposição crescente de iniciar ou aumentar este co-financiamento. Definir quantitativos mínimos e forma de co-financiamento é tarefa que devemos tomar com prioridade se de fato almejamos uma atenção básica que caminhe para a coordenação da rede.

Assim, faz-se urgente a retomada do tema do financiamento pelas três esferas governamentais para a AB, que tratado em linhas gerais foi reconhecido como urgente e necessário pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no ano de 2011 e que, em 2012, foi tema central na plataforma apresentada pela Frente Nacional dos Prefeitos.