



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
Assessoria Parlamentar

OFÍCIO Nº 78/2020/ASPAR/GM/MS

Brasília, 08 de janeiro de 2020.

A Sua Excelência a Senhora
Deputada SORAYA SANTOS
Primeira-Secretária
Edifício Principal, sala 27
Câmara dos Deputados
70160-900 Brasília - DF

Assunto: Ofício 1ª Sec/RI/E/nº 950/2019

Senhora Primeira-Secretária,

Reporto-me ao expediente destacado na epígrafe, referente ao **Requerimento de Informação nº 1697**, de 12 de dezembro de 2019, para encaminhar as informações prestadas pelos órgãos técnicos deste Ministério.

Atenciosamente,

LUIZ HENRIQUE MADETTA
Ministro de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Luiz Henrique Mandetta, Ministro de Estado da Saúde**, em 14/01/2020, às 19:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0013027840** e o código CRC **F2065954**.



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
Assessoria Parlamentar

DESPACHO

ASPAR/GM/MS

Brasília, 08 de janeiro de 2020.

Ao Gabinete do Ministro

Assunto: **Requerimento de Informação nº 1697/2019 - Deputado Danilo Cabral**

1. Trata-se de **Requerimento de Informação nº 1697/2019** (0012419238), de autoria do Deputado Danilo Cabral, por meio do qual se solicitam informações ao Ministro de Estado da Saúde sobre a aprovação da Portaria 2979/2019 por parte da Comissão Intergestores Tripartite - CIT e do Conselho Nacional de Saúde.
2. Em resposta, encaminhem-se, para ciência e atendimento à solicitação da Primeira Secretaria da Câmara dos Deputados (0012662964), o **Despacho CIT/DGIP/SE/MS** (0012506150), proferido no âmbito da Secretaria Executiva - SE/MS, e a **Nota Técnica n.º3/2020-SAPS/NUJUR/SAPS/MS** (0013000066) com o **Anexo** (0013000490), elaborada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS.

LEONARDO BATISTA SILVA
Chefe da Assessoria Parlamentar



Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Batista Silva, Chefe da Assessoria Parlamentar**, em 11/01/2020, às 16:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0013026315** e o código CRC **8D81D31B**.



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa
Comissão Intergestores Tripartite

DESPACHO

CIT/DGIP/SE/MS

Brasília, 03 de dezembro de 2019.

Ao Gabinete do DGIP/SE/MS

No que compete a esta CGAT/DGIP/SE/MS, atendendo à solicitação de informações contida no Requerimento de Informação apresentado pelo Deputado Federal Danilo Cabral do PSB/PE (RIC 1697/2019) informamos:

- A Constituição Federal de 1988 estabelece que o Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado de forma descentralizada e com comando único em cada esfera de governo. No âmbito da União, o comando cabe ao Ministério da Saúde. No âmbito estadual, às Secretarias Estaduais de Saúde e, nas municipalidades, às Secretarias Municipais de Saúde;
- A Lei 8080 de 1990 segue este preceito Constitucional e estabelece como mecanismo de coordenação, negociação e pactuação deste complexo sistema de Comando do SUS, as Comissões Intergestores Triparte (envolvendo União, estados e municípios) e Bipartite (reunindo estados e municípios);
- Esta mesma lei estabelece que cabe às Comissões Intergestores decidir sobre aspectos operacionais, financeiros e administrativos, em conformidade com as políticas de saúde aprovadas pelos Conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde, materializadas em planos de saúde.

A decisão tomada consensualmente pela CIT em relacionar incentivos financeiros ao desempenho das equipes mediante indicadores objetivos em nada altera a Política Nacional de Atenção Básica atualmente vigente. Desta forma, a pactuação tripartite efetuada segue os preceitos constitucional e legal vigentes. Abaixo, as referências constitucional e legal utilizadas.

Constituição Federal de 1988.

Consulta ao texto contido no portal da Subchefia para assuntos jurídicos da Casa Civil, Presidência da República em 03/12/2019. URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

Lei 8080 de 1990.

Consulta ao texto contido no portal da Subchefia para assuntos jurídicos da Casa Civil, Presidência da República em 03/12/2019. URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Lei Complementar 141 de 2012.

Consulta ao texto contido no portal da Subchefia para assuntos jurídicos da Casa Civil, Presidência da República em 03/12/2019. URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm

Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

§ 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.



Documento assinado eletronicamente por **Daniel Alvão de Carvalho Júnior, Secretário(a)-Executivo(a) da Comissão Intergestores Tripartite**, em 03/12/2019, às 12:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0012506150** e o código CRC **765C113E**.



RESUMO EXECUTIVO DA 9ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE
31 DE OUTUBRO DE 2019.

PARTICIPANTES DO PLENÁRIO DA TRIPARTITE:

MINISTÉRIO DA SAÚDE: Luiz Henrique Mandetta, João Gabbardo dos Reis, Erno Harzheim, Francisco de Assis Figueiredo, Denizar Vianna, Silvia Nobre Waiãpi, Heloisa Melo M. F. Marinho e Sônia Maria Feitosa Brito.

CONASS: Alberto Beltrame, Jurandi Frutuoso, Nésio Fernandes de Medeiros Júnior, Gilberto Gomes Figueiredo, Geraldo Antônio de Medeiros e João Bittencourt da Silva.

CONASEMS: Willames Freire Bezerra, Mauro Guimarães Junqueira, Charles Cezar Tocantins de Souza, Cristiane Martins Pantaleão, Leopoldina Cipriano Feitosa, Orlando Jorge P. Andrade Lima e Verônica Savatin Wottrich.

1. ABERTURA DOS TRABALHOS:

2. DISCUSSÕES E PACTUAÇÕES:

2.a) Financiamento para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica – SCTIE/MS.

Sandra Barros (DAF/SCTIE): Pontuou que a proposta visa a atualização da população estimada, com base no IBGE/2019, para a atualização do repasse do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). Porém alguns municípios teriam uma perda no financiamento, sendo assim, para estes entes foi mantida a referência da população atual para que não haja perda no custeio. Apresentou o quadro estratificado por UF e o valor incremental de cada estado. A nova proposta de repasse do CBAF adota critérios de equidade e esta proposta de financiamento apresenta como critério de alocação de recursos o Índice de Desenvolvimento Humano por Município (IDHM), que possui três referências para medir o desenvolvimento humano: “Vida Longa e Saudável”, “Acesso ao Conhecimento” e “Padrão de Vida”, nas dimensões Longevidade, Educação e Renda. Cada indicador teve seu valor normalizado numa escala que varia entre 0 e 1, onde quanto mais próximo de 1 maior o desenvolvimento humano do município.

A nova proposta classifica os municípios em 05 grupos, de acordo com a faixa de desenvolvimento humano municipal, sendo muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto. Considerando o IDHM como critério de equidade e atualizando a população com base na estimativa do IBGE 2019 e mantendo a população anterior aos municípios que teriam redução de custeio, os municípios brasileiros distribuídos nos 05 grupos relativos ao Desenvolvimento Humano Municipal, terão a seguinte atualização do valor per capita do repasse Federal, R\$ 6,05 para o grupo de municípios classificados como muito baixo, R\$ 6,00 para o grupo classificado como baixo, R\$ 5,95 para os municípios classificados como médio, R\$

Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Tripartite

(61) 3315-2758

Secretaria Executiva do Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios – Bloco G, 3º andar.

cit@saude.gov.br

5,90 para os alto e R\$ 5,85 para o grupo muito alto. Destacou que com a mudança do financiamento a União irá fazer um incremento no orçamento de R\$ 98.211.951,44 e os Estados e Municípios irão ter que fazer um incremento no montante de R\$ 11.297.907,64, cada. Com o incremento aportado pela União, a aquisição dos seguintes medicamentos incorporados passam a ser de responsabilidade municipal: polimixina B 10.000 UI, sulfato de neomicina 3,5 mg/mL, fluocinolona acetona 0,25 mg/mL e cloridrato de lidocaína 20 mg/mL; Imiquimode 50 mg/g creme; Podofilotoxina 1,5 mg/g creme; Clindamicina 1% tópica; Tetraciclina 500 mg; e os medicamentos Clindamicina 300 mg e a rifampicina 300 mg ficaram sob a responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, com compra centralizada, trazendo um impacto no orçamento da União para esses dois medicamentos na ordem de R\$ 84.886.407,20. Assim, o impacto orçamentário para o MS é no total de R\$ 183.098.358,64 (repasso + medicamentos).

Denizar Araújo (Secretário da SCTIE/MS): Parabenizou a equipe do Departamento de Assistência Farmacêutica pelo trabalho apresentado e ressaltou a importância da proposta de trabalhar com o princípio da equidade e o alinhamento com a Atenção Primária para melhor trabalhar a dispensação dos medicamentos nos municípios.

Alberto Beltrame (CONASS): Informou que ontem na assembleia o tema foi discutido e parabenizou a proposta e a iniciativa de atualização da população. Destacou que a equidade foi de extrema importância para a proposta. Favorável pela pactuação.

Wilames Bezerra (CONASEMS): Parabenizou o trabalho apresentado e ressaltou a importância da correção da população e o cuidado em não ter perda para os municípios, sendo favoráveis pela pactuação.

Encaminhamento:

- Pactuado o novo modelo de financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

2.b) Proposta de pactuação do financiamento dos medicamentos incorporados – SCTIE/MS.

Sandra Barros (DAF/SCTIE): Apresentou proposta de pactuação de financiamento dos medicamentos incorporados para as doenças negligenciadas de perfil endêmico, que por sua natureza já possuem o consenso de alocação no componente estratégico. Ressaltou que a maioria dos medicamentos já estão sendo ofertados no Sistema Único de Saúde e poucos em processo de aquisição, mas que se faz necessário seguir o rito da pactuação para fins de atualização da RENAME. Pontuou que todos os medicamentos que fazem parte do componente estratégico, que a aquisição é feita pelo Ministério da Saúde, através de compra centralizada. Os medicamentos a serem pactuados são: **Clofazimina (Hanseníase paucibacilar); Doxiciclina 100mg comprimido (Brucelose humana); Isoniazida 300 mg (Tuberculose); Miltefosina (Leishmaniose Tegumentar); RH (rifampicina 75mg + isoniazida 50mg) comprimidos dispersíveis (Tuberculose em crianças menores de 10 anos); RHZ (rifampicina 75mg + isoniazida 50mg + pirazinamida 150mg) (Tuberculose em crianças menores de 10 anos); Rifampicina 300 mg + isoniazida 150 mg (Tuberculose); Sulfato de estreptomicina 1g pó para solução injetável (Brucelose humana); Pirazinamida 150mg cpr dispersível (Tuberculose) e pôr fim a Vitamina A 50.000 cápsula (Sarampo) que está em processo de consulta de preço.**

Alberto Beltrame (CONASS): Pontou que a lista foi apresentada na Assembleia e estão de acordo com a pactuação.

Wilames Bezerra (CONASEMS): Favoráveis a pactuação.

Encaminhamento:

- Pactuado o financiamento dos medicamentos incorporados.

2.c) Alteração da vigência do Laudo de Medicamentos Especializados (LME) de 3 meses para 6 meses, previsto na Portaria do CEAF – SCTIE/MS.

Sandra Barros (DAF/SCTIE): Informou que a proposta versa sobre a alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 02/2017, referente ao Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME). O LME é um documento oficial utilizado como instrumento para realização das etapas de execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. As propostas de alterações foram: possibilidade de apresentação de LME adequadamente preenchido ou documento próprio padronizado pelas Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal (SES) desde que contemplem, minimamente, as informações contidas no LME; passa a ser considerado abandono de tratamento quando paciente não retirar o medicamento por seis meses consecutivos; cada LME ou documento próprio padronizado pelas SES poderá corresponder a até 2 (duas) APAC de 3 competências ou até 6 (seis) APAC de 1 competência, ou seja, o mesmo formulário pode ser utilizado para que o paciente tenha acesso ao tratamento por seis meses; possibilidade de solicitação de até seis medicamentos na mesma LME para a mesma condição clínica; o LME ou formulário próprio padronizado pelas SES passa a ter validade de 90 dias a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante, ou seja, a partir da data de assinatura pelo médico do LME ou formulário próprio, o paciente terá prazo de 90 dias para solicitar o medicamento à farmácia.

Denizar Araújo (Secretário da SCTIE/MS): Ressaltou que era uma demanda dos gestores estaduais, tendo a alteração um papel importante para facilitar o processo na ponta.

Alberto Beltrame (CONASS): Parabeniza a proposta e ressaltou que a mudança é um grande avanço na dispensação de medicamentos.

Wilames Bezerra (CONASEMS): Favoráveis a pactuação.

Encaminhamento:

- Pactuado a Portaria que altera o prazo de 3 meses para 6 meses do Laudo de Medicamentos Especializados (LME).

2.d) Financiamento da Atenção Primária à Saúde – SAPS/MS.

Erno Harzheim (SAPS/MS): A proposta em apreciação foi construída de forma tripartite, com intensa participação de vários atores do Ministério da Saúde, Conass e Conasems. Agradeceu o apoio e a participação do Ministro Luiz Henrique Mandetta desde o início da construção da proposta, a Conjur e a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS). A proposta foi construída para reforçar a Política de Atenção Primária À Saúde (APS) do país, o recurso será repassado aos municípios sem amarras e seguiu critérios técnicos e científicos, garantindo que seja utilizado da melhor forma que os gestores verificarem em seus territórios. Um dos principais pontos é o estímulo ao aumento da cobertura real (cadastro) da APS, principalmente entre as populações vulneráveis, isso irá desafogar os serviços de urgência e emergência. O novo modelo de financiamento será formado por capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos a estratégias e programas. Apresentou os critérios de ponderação para capitação: população cadastrada, vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica. Serão 21 indicadores, aumentando de forma gradativa até o ano de 2021, somente serão incluídos outros, caso haja aporte de recurso financeiro por parte do Ministério da Saúde. As ações estratégicas prioritárias da APS contemplam o Saúde na Hora, a Informatização das

UBS e a Formação e residência médica e multiprofissional. O ganho total de recursos será de 2,6 bilhões de reais. Agradeceu a dedicação de toda a equipe da SAPS.

Alberto Beltrame (Conass): Parabenizou o trabalho realizado pela equipe da SAPS na construção da proposta de novo financiamento da atenção primária à saúde, foi uma construção extremamente participativa entre Ministério da Saúde, Estados e municípios. Mencionou a realização de Assembleia conjunta Conass e Conasems pela primeira vez para discussão de uma pauta específica, e reforçou que o processo de qualificação da atenção primária em busca de maior equidade será fruto de uma construção coletiva e progressiva. Concordou com a proposta e encaminhou pela pactuação.

Wilames Freire Bezerra (Conasems): Pontuou que fazer gestão da atenção básica no Brasil é um desafio para todos os entes federados, por conta das especificidades de um país com dimensão continental. Parabenizou o Ministro Luiz Henrique Mandetta pela ousadia ao criar a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, algo há muito tempo demandado pelos municípios, parabenizou o Secretário de Atenção Primária à Saúde, Erno Harzheim e toda a equipe. Destacou que a proposta inicial foi debatida com os gestores municipais de forma extensa, acolhendo contribuições dos executores da atenção primária no país. Parabenizou alguns estados que iniciaram a participação no financiamento da atenção primária, compreendendo que o seu fortalecimento melhorará o atendimento e aliviará a média e alta complexidade. O Conasems aprofundará a discussão na região amazônica para garantir que suas especificidades sejam contempladas. O grande aprendizado na construção da proposta foi a importância de discutir nacionalmente, com quem executa as políticas de saúde, antes de efetivar a pactuação. Informou sobre a disponibilização do Painel de Apoio à Gestão no site do Conasems, fruto de uma parceria com a SAPS, trata-se de uma ferramenta para os municípios realizarem uma simulação do estágio de financiamento que se encontram e como ficarão após a implementação do novo financiamento da atenção primária à saúde. Encaminhou pela pactuação da proposta.

Luiz Henrique Mandetta (Ministério da Saúde): Agradeceu o Presidente Jair Bolsonaro pela oportunidade de compor uma equipe extremamente técnica e ponderou a importância de realizar análise de indicadores, apesar da qualidade dos dados ainda não ser boa. Esse ano, o Ministério da Saúde se propôs a dar 6 passos em direção a Atenção Primária à Saúde: a criação da SAPS foi o primeiro, o segundo passo foi o programa Saúde na Hora, o terceiro o programa Médicos pelo Brasil, o quarto é essa pactuação referente ao novo financiamento da atenção primária, o quinto será a capacitação de 1.200 horas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) para melhorias no processo de trabalho, e o sexto passo se iniciará no dia 11 de novembro como um projeto piloto no estado de Alagoas: a informatização plena e conectividade de todas as unidades de atenção primária à saúde do país, que propiciará aos gestores municipais ter clareza do cenário epidemiológico da sua região, muitas vezes difícil de ser levantado na rotina das emergências que se apresentam à gestão. A análise deve ser em cima de indicadores de resultado e não em indicadores meio, é preciso garantir que as cerca de 30 milhões de pessoas que não estão cadastradas nas equipes de saúde da família tenham acesso aos serviços, pois são as mais vulneráveis, são usuárias de programas como Bolsa Família e Benefício de Prestação Continuada (BPC).

O desafio para o ano de 2020 será o enfrentamento do gargalo da atenção especializada, é necessário utilizar alguns de seus critérios para fortalecer a municipalização no país, a regionalização será importante para que cada estado saiba exatamente o que deverá executar, identificar os vazios assistenciais para ocupá-los, utilizando-se de parcerias com parlamentares e fazendo uso dos recursos de emendas parlamentares impositivas, é preciso avançar no desfecho

clínico, rever a quantidade de recursos alocados em rubricas específicas e que paralisaram a realização de cirurgias de média complexidade, recursos incorporados no teto MAC tornando a principal demanda o aumento do teto. Esse ano de 2019 ficará marcado pela decisão política de priorização da atenção primária à saúde, avançando nos seis passos já destacados. Solicitou que os municípios façam um esforço para capacitar as suas equipes, pois haverá um aumento no aporte de recursos para a APS, serão 3 bilhões a mais para essas ações. É preciso um compromisso de todos os envolvidos para que as propostas sejam implementadas e as ações obtenham o sucesso que o esforço de avanços que está sendo realizado. A saúde indígena será gradativamente incorporada ao SUS, não pode ser um sistema isolado, é preciso que haja integração. Parabenizou a todos os envolvidos na decisão de fazer com que o SUS enfrente seus maiores desafios.

Encaminhamento:

- Pactuado o novo financiamento da Atenção Primária à Saúde.

3. APRESENTAÇÕES E DISCUSSÕES:

3.a) 4ª episódio da 4ª temporada dos Webdocs: Brasil aqui tem SUS, experiência do município de São Paulo/SP – Conasems.

CONASEMS: Apresentou o 4º Episódio da 4ª temporada dos Webdocs Brasil, aqui tem SUS, com a experiência exitosa do município de São Paulo – SP, disponível no *link*:

https://www.youtube.com/watch?v=GnoPwqhy5X0&list=PLR3_tmYi7H3wrZmv0941BoqG9vEXvFty6&index=2.

4. INFORMES:

4.a) VII Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos – SCTIE/MS.

Evandro Lupatini (DAF/SCTIE): Agradeceu a oportunidade de estar divulgando o VII Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos, no espaço da Comissão Intergestores Tripartite. Ressaltou que o congresso vem sendo realizado desde 2007, organizado pelo Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos, coordenado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica em conjunto com Anvisa. Esse ano o tema da edição é Desafios e Perspectivas para a Prática Interprofissional. Informou que o congresso vai ser realizado em Brasília, nos dias 10, 11 e 12 de dezembro, tendo a sua programação alinhada com as discussões ocorridas na Assembleia Mundial da Saúde. Ressaltou que será de grande valia a participação do Ministro de Estado da Saúde. Pontuou que foram submetidos 296 trabalhos científicos. As inscrições serão a partir de 4 de novembro e contará com 1.000 (mil) vagas. O congresso tem como objetivos final os seguintes produtos: Debater o papel da interprofissionalidade no uso racional de medicamentos; Conhecer as experiências e ações realizadas pela gestão e clínica e Recomendações e estratégias para promoção do uso racional de medicamentos no SUS.

Ministro de Estado da Saúde: Ressaltou a importância da temática e confirmou presença no VII Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos.

4.b) Imunização na saúde indígena – SESAI/MS.

Silvia Waiãpi (SESAI/MS): Pontuou a importância de falar na imunização da saúde indígena e citou que algumas metas que foram colocadas ainda estão sendo concluídas, mas demonstrou preocupação com o Distrito especial de saúde

indígena Amapá, norte do Pará onde a cobertura é apenas 30%. Nesse local houve vários problemas de gestão: Não há quantidade específica de trabalhadores, fraudes no processo seletivo. Informou que houve uma reunião com o governador do estado com todos os secretários do governo para ajudar nessa empreitada.

Thais Fernandes (SESAI / MS): Enfatizou a importância da imunização na saúde indígena na atenção básica, que proporciona proteção individual e coletiva contra as doenças imunopreveníveis. Apontou que o principal indicador da SESAI é o esquema vacinal completo, o qual significa a pessoa tomar toda vacina indicada naquela idade devida.

Pontuou que o melhor esquema vacinal se encontra na região Sul, no distrito litoral sul com 99% do esquema vacinal completo em menores de 5 anos. E o menor esquema se encontra no Amapá, norte do Pará, com 30%, por problemas orçamentários de gestão e recursos humanos.

Apresentou um histórico de metas determinadas e alcançadas por ano: 2016 (77 - 80,4%); 2017 (79,5 - 80,8%); 2018 (82 - 84,2%); 2019 (85 - 83,2% que corresponde ao primeiro semestre de 2019).

Expôs os desafios dos DSEI: articulação entre os estados e municípios para aquisição de insumos e distribuição de imunobiológicos; e apoio aos estados e municípios nas investigações de surtos (envio de amostras para o LACEN).

Luiz Henrique Mandetta (Ministério da Saúde): Considerou difícil determinar metas na saúde indígena pois as vezes não se tem sequer controle do mapa populacional qualitativo. Alertou que com a reentrada do sarampo vindo da Venezuela, foram vítimas os IANOMAMI dos dois distritos. Os índios não estão sendo vacinados, influenciando diretamente na mortalidade infantil. Pontuou a necessidade do apoio dos municípios para vacinar e monitorar os surtos que estão ocorrendo.

Jurandi Frutuoso (Conass): Informou que há uma articulação dos municípios com a SESAI em um trabalho de planejamento de atenção primária nas aldeias indígenas nos municípios do Maranhão, iniciado no município de Barra do Corda – MA.

Encaminhamento:

- Sem encaminhamento.

4.c) 1ª Etapa da Campanha de Vacinação contra o Sarampo – SVS/MS.

Franciele Fontes (SVS): Apresentou os resultados da primeira etapa da Campanha de vacinação (7 a 25 de outubro – DIA D: 19 de outubro) que tinha como público-alvo crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade.

Destacou que o Brasil cumpriu a meta de cobertura vacinal em crianças de 1 ano de idade com a dose 01 da vacina tríplice viral. Os Estados com os indicadores mais baixos são: Rio de Janeiro com 69% e Pará com 79%. Esses dados são preliminares pois as crianças ainda estão sendo vacinadas na rotina das unidades dos serviços de saúde.

Apontou que 27,7% (1543) dos municípios ainda precisam buscar a meta de vacinação para sarampo.

Observou-se que houve um salto após a primeira etapa da Campanha. Antes dela, 1804 municípios cumpriram a meta $\geq 95\%$ e após campanha o número de municípios subiu para 4010.

Divulgou a segunda etapa da Campanha (18 a 30 de novembro – DIA D: 30 de novembro, público-alvo de 20 a 29 anos de idade).

Encaminhamento:

- Sem encaminhamento.

4.d) Execução da Estratégia Cirurgias Eletivas – SAES/MS.

DRAC/SAES/MS: Josafá Santos, pontuou que o propósito, sendo este um informe, é de apenas avaliar a execução financeira. Por esse motivo, não trouxe dados sobre os tipos de especialidades realizadas, por Região de Saúde e por UF.

MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE: Considerando que essa é uma informação relevante, solicitou que na próxima CIT seja apresentada a produção das C.E por especialidades.

SAES/MS: Em resposta ao Ministro e reiterando sua afirmação, acerca da necessidade de especificar a produção das Cirurgias Eletivas, explicou que desde o início dessa estratégia, em julho de 2017, foi apresentado a este plenário um rol de 268 procedimentos, dos quais 45% dos recursos utilizados foram aplicados à produção de Cirurgias de Catarata. Complementando a menção do Secretário Executivo, Gabbardo dos Reis, sobre o Plus de 100% também para realização de cirurgias de Catarata, constante na proposição inicial, acredita ter sido uma estratégia equivocada, porém já corrigida em agosto deste ano.

Apresentou um demonstrativo sobre o repasse de recursos e a execução da Estratégia de Cirurgias Eletivas 2019, mês a mês, especificamente a avaliação feita acerca das competências de janeiro a agosto, relativos aos valores do recurso do FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensações), transferidos a estados e municípios. De janeiro a maio a média foi de 16 a 29 milhões, junho representou um aumento de 51 milhões, julho caiu para 33 milhões e agosto houve uma redução no número de cirurgias pelo FAEC; talvez em função do limite disponível. Conjuntamente, expôs os Quadros resumos subsidiados pelas seguintes normativas: Portaria GM/MS nº 195, de 6/02/2019 que prorroga a estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), disponibilizando 150 milhões e a Portaria GM/MS nº 1.996, de 29/07/2019 que viabilizou mais 100 milhões dos recursos federais, por meio do FAEC, que fazem parte da estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, prorrogada até dezembro deste ano, ou seja, um total de 250 milhões. De janeiro a julho o MS disponibilizou 207 milhões e para competência agosto foram transferidos 6.298.000,00 R\$. Atribui-se ao mês de agosto, inclusive em função do limite disponibilizado, a redução nacional na execução de cirurgias pelo FAEC, com os gestores iniciando a executar por meio de recursos próprios no seu teto financeiro de MAC.

Logo, o cenário atual de execução das Eletivas, conforme repactuação dos saldos remanescentes (49 milhões) entre estados e municípios que não atingiram a meta de janeiro a julho, para os estados e municípios que ultrapassaram o limite financeiro conforme normativas, representam: para a Portaria nº 195/2019 (competências de janeiro a julho) um saldo de 13.626.297,94 R\$ e para a Portaria GM/MS nº 1.996 (competências setembro, outubro, novembro e dezembro) um saldo de 22.632.908,65 R\$.

CONASEMS: Solicitou encaminhar a discussão das Cirurgias Eletivas_2020 para reunião de terça no gabinete da SE, com perspectiva de pactuação na CIT de novembro. Ressalto a importância de continuidade da Estratégia e da produção dos números do MAC e no FAEC.

DESTAQUES:



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Núcleo Jurídico da Secretaria de Atenção Primária à Saúde

NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-SAPS/NUJUR/SAPS/MS

Origem: Câmara dos Deputados

Assunto: Requerimento de Informação (RIC) n.º 1.697/2019, datado de 27/11/2019, requisita informações sobre a publicação da Portaria n.º 2.979 de 14 de novembro de 2019.

1. Em atenção ao Requerimento de Informação (RIC) n.º 1.697/2019(0012419238) datado de 27/11/2019, oriundo da Câmara dos Deputados de autoria do Excelentíssimo Senhor Deputado Federal Danilo Cabral, esta Secretaria vem prestar os devidos esclarecimentos acerca do assunto, conforme adiante.

2. Preliminarmente, antes mesmo de adentrar nas questões apresentadas como fundamentação para o requerimento supramencionado, cumpre apresentar os aspectos gerais da normativa em discussão.

ASPECTOS GERAIS DA NORMATIVA

3. O novo modelo de financiamento estabelecido pela Portaria n.º 2.979/2019, e denominado *Previne Brasil*, constitui-se como o conjunto de componentes, procedimentos e diretrizes que orientam o processo de alocação, transferência, monitoramento e avaliação de recursos federais destinados ao custeio das ações estruturantes e desejáveis para a Atenção Primária à Saúde (APS).

4. A Atenção Primária à Saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), reúne atributos e características capazes de organizar o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) de modo mais racional, compatível com o atual perfil demográfico e epidemiológico, e com maior potencial de produzir melhores desfechos na saúde das pessoas, segundo apontamento de uma série de evidências científicas. É o nível de atenção com capacidade de resolver mais de 80% dos problemas de saúde das pessoas, e suas equipes devem realizar diagnóstico, tratamento e reabilitação de problemas de saúde agudos e crônicos, prevenção de doenças, promoção de saúde e coordenação do cuidado de saúde das pessoas e suas famílias.

5. Entre as características da APS que a tornam mais forte e capaz de produzir melhores resultados em saúde estão os atributos da APS propostos por Barbara Starfield, entre os quais estão os atributos essenciais: *acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado*.

6. Por **acesso** compreende-se a responsabilidade de a APS ser o primeiro e principal contato das pessoas com o sistema, de modo responsivo às suas necessidades e, também, proativo, na medida em que deve ser responsável por buscar os cidadãos ainda que estes não tenham manifestado demanda pelo serviço.

7. Por **longitudinalidade** entende-se a característica de manter vínculo com um conjunto de pessoas ao longo do tempo, de maneira a promover uma adequada relação das pessoas com seus respectivos profissionais de saúde, ampliando a confiança e a capacidade de intervenção sobre os problemas de saúde.

8. A **integralidade** caracteriza as equipes como resolutivas e capazes de intervir desde a promoção até a reabilitação das pessoas pelas quais são responsáveis.
9. A **coordenação do cuidado** caracteriza-se pela capacidade que as equipes de saúde da família da APS têm em estabelecer mecanismos de integração e cooperação clínica com os diferentes níveis de atenção, a partir de melhoria sobre fluxos de referência e contrarreferência, contato com médicos e profissionais da atenção especializada e hospitalar, entre outros.
10. Na busca por atender os compromissos de melhoria e fortalecimento da APS segundo as diretrizes acima relatadas, as transferências financeiras federais da APS aos Municípios obedecem a normativas decorrentes do Pacto Federativo prescrito pela Constituição da República, e às normas infraconstitucionais e infralegais que regulamentam a matéria tais como, a Lei Complementar n.º 141 de 13 de janeiro de 2012, a Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990, a Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990, a Portaria de Consolidação n.º 2 de 28 de setembro de 2017 e a Portaria de Consolidação n.º 6 de 28 de setembro de 2017. Todas as referidas normativas fazem a menção à responsabilidade solidária dos três entes no financiamento das ações e serviços de saúde, efetivada a partir das previsões legais quanto ao rateio das despesas de saúde, e o mínimo a ser aplicado por cada ente nas ações e serviços públicos de saúde.
11. No que corresponde à proporção a ser destinada pelos entes para as despesas da estruturação de ações e serviços da APS, verifica-se que não há previsão legal de mínimos percentuais a serem aplicados pelos três entes federativos. O que pode ser observado é que, sendo a execução das ações e serviços da APS responsabilidade precípua dos Municípios, os mesmos assumem a maior parte dos custos envolvidos na provisão de ações e serviços da APS.
12. Nesse sentido, cabe a ressalva quanto a tal característica, para a compreensão de que os recursos financeiros abrangidos pela Portaria n.º 2979, de 12 de novembro de 2019, correspondem à participação federal na receita envolvida na implementação e manutenção das ações e serviços de saúde da APS. Com isso, tal ato normativo não prejudica as responsabilidades legais do ente federal quanto à garantia de recursos financeiros destinados ao conjunto das ações e serviços de saúde, e nem tampouco tem pretensão eficácia sobre as responsabilidades dos entes estaduais e municipais no tocante à garantia dos respectivos pisos financeiros constitucionais.
13. Ademais, cabe elucidar que, da perspectiva do Orçamento Geral da União, tal modelo aplica-se aos componentes programáticos voltados ao custeio federal de ações a serem desenvolvidas pelos Municípios quanto à ampliação, manutenção e qualificação das estratégias e serviços ofertados pela APS, e cuja natureza de despesa é corrente. Portanto, no Orçamento Geral da União corresponde às transferências da União aos Fundos Municipais de Saúde alocadas até o exercício de 2019 na Função Saúde, Subfunção Atenção Básica, Programa de Trabalho Fortalecimento do Sistema Único de Saúde, e Ação Piso da Atenção Básica, passando a corresponder na proposta de Lei Orçamentária de 2020, à Ação 219A.

PRESSUPOSTOS E ESTUDOS QUE FUNDAMENTARAM O ATO

14. O Previne Brasil, instituído pela Portaria n.º 2.979/2019 foi formulado a partir da identificação de necessidades históricas de aperfeiçoar mecanismos criados há mais de 20 anos, acolher críticas advindas dos gestores sobretudo os Municipais, e ainda, corrigir distorções na distribuição dos recursos decorrentes da obsolescência do modelo. Tal proposta teve participação ativa do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde-CONASS e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde-CONASEMS, além de discussões com a Confederação Nacional dos Municípios, com a Câmara de Deputados, e com o Tribunal de Contas da União (TCU).
15. Para elucidar as razões que ensejaram o estudo e reformulação dos mecanismos de financiamento até então vigentes, faz-se necessário descrevê-los, ao mesmo tempo em que as limitações e fragilidades a serem sanadas pelo novo modelo de financiamento são apresentadas. Reitera-se que o modelo regulamentado pela normativa abordada pelo RIC incide sobre as ações programáticas até então vinculadas na subfunção atenção básica e ação Piso da Atenção Básica (PAB). Como integrantes de tal ação orçamentária estão o Piso da Atenção Básica Fixo e o Piso da Atenção Básica Variável; cumpre então, descrever tais componentes.

16. No que se refere ao PAB Fixo, trata-se de componente constituído por valor fixo per capita, cujo montante final a ser repassado é calculado a partir de sua multiplicação pela população municipal estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE e de acordo com a atualização populacional vigente. Para a definição do valor anual per capita ao qual os Municípios podem fazer jus, são considerados quatro valores, de acordo com a distribuição dos municípios em quatro faixas, definidas a partir da verificação dos seguintes indicadores: PIB Per Capita, Percentual da População com Plano de Saúde, Percentual da População com Bolsa Família, Percentual da População em Extrema Pobreza e Densidade Demográfica. Até 2019, o repasse vinha sendo feito baseado na atualização de estimativa populacional do IBGE para o ano de 2016, conforme publicação do Diário Oficial da União de 30 de agosto de 2016 pelo IBGE. Desse modo, a defasagem temporal e populacional somam três anos.
17. Os valores per capita variam de acordo com as quatro faixas definidas, sendo o valor mínimo de R\$ 23,00 per capita ao ano, destinado aos Municípios menos vulneráveis segundo os indicadores citados, e o maior, de R\$ 28,00 per capita ao ano, destinado aos Municípios mais vulneráveis. A metodologia de cálculo é descrita sucintamente no Anexo I da Portaria GM n.º 1.602, de 19 de julho de 2011, sem menção clara aos períodos de extração dos dados considerados para o cálculo.
18. Verifica-se que a análise feita para proceder a destinação de valores diferenciados aos Municípios mais vulneráveis só alcança a unidade Municipal, sem observar a distribuição individual da vulnerabilidade nos Municípios, o que de antemão pode ser apontada como fragilidade do componente. Ademais, as informações e atualizações de cada indicador considerado e que culminam na definição de maior ou menor valor per capita a ser repassado aos Municípios, não ocorrem a contento ou apresentam mecanismos de divulgação suficientemente transparentes. Além disso, para o ano de 2019, a estimativa populacional que define o montante de recursos do PAB Fixo data de 2016, totalizando lapso temporal de três anos que certamente incorre em distorções no repasse frente a contingentes populacionais acima ou aquém da realidade.
19. Quanto ao repasse do PAB Variável, este é dependente da adesão dos Municípios a uma série de estratégias e programas, a partir do credenciamento e implantação/cadastro, por parte da gestão municipal. Entre as estratégias e programas estão as Equipes de Saúde da Família (eSF), as Equipes de Saúde Bucal (eSB), de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), das Unidade de Saúde da Família Fluvial (UBSF), dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), entre outros. Os programas e modalidades de equipe possuem valor de custeio mensal definido, condicionado ao atendimento a regras específicas definidas em suas respectivas normativas. Para concretização do repasse vinculado a essas estratégias, os entes municipais precisam necessariamente cumprir regramentos vinculado a cada regulamentação. Como ação mais representativa do PAB variável quanto à relevância assistencial e volume de recursos envolvidos, destaca-se o custeio das equipes da Estratégia Saúde da Família.
20. Portanto, os componentes Fixo e Variável do PAB são baseados, respectivamente, na lógica per capita populacional, e na adesão a estratégias para o custeio das ações e serviços públicos da APS no Brasil, cuja estratégia prioritária referendada na PNAB é a Estratégia de Saúde da Família. Ambos os componentes têm origem no Piso Assistencial Básico, que se torna Piso da Atenção Básica com parte fixa e variável, a partir da publicação da Portaria GM n.º 1.882, de 18 de dezembro de 1997. O componente fixo do PAB era composto por um valor per capita que variava entre R\$ 10 e R\$ 18,00, e a parte variável do Piso da Atenção Básica correspondia ao repasse condicionado à implantação de algumas ações e programas, entre os quais estavam ações básicas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, de Assistência Farmacêutica Básica, dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família e de Combate às Carências Nutricionais. Em sua atual composição, a parte fixa e variável do Piso da Atenção Básica não têm contidas ações de vigilância e assistência farmacêutica, estando tais ações vinculadas a outras ações orçamentárias do Orçamento Geral da União, embora contribuam para a estruturação da APS. Atualmente, as equipes de saúde da família correspondem à ação mais estruturante da APS, e maior volume de recurso investido entre os componentes Fixo e Variável do PAB.
21. Como principal componente do PAB, ao longo das últimas décadas, a Estratégia de Saúde da Família, originalmente denominada Programa Saúde da Família, ampliou sua cobertura,

principalmente nos municípios de menor porte populacional. Nacionalmente, a cobertura estimada de equipes de Saúde da Família (eSF) alcançou 64% em 2019 a partir da implantação de 43 mil equipes de saúde da família. A cobertura estimada é verificada a partir do cálculo do quantitativo de equipes credenciadas, implantadas e cadastradas, multiplicadas por um parâmetro de cobertura a ser seguido por cada equipe, de 3.450 pessoas. A expectativa de cobertura estimada a partir das 43 mil equipes de saúde da família é de 140 milhões de brasileiros. Entretanto, observa-se que a cobertura estimada não tem refletido a cobertura real da eSF quanto ao acesso e vinculação da população às referidas equipes. Ao serem verificadas as bases de informações provenientes do Sistema de Informação da Atenção Básica no primeiro quadrimestre de 2019, verificou-se que somente 90 milhões de pessoas estavam cadastradas e vinculadas a uma eSF.

22. Ou seja, dos 140 milhões de brasileiros que deveriam estar cobertos, cerca de 50 milhões não possuem vinculação alguma com a equipe de saúde da família implantada e para a qual o recurso federal é repassado, representando alarmante inadequação da assistência ofertada, e também, relativa ineficiência na aplicação do recurso público. Destarte, tal constatação expressa que as equipes atualmente implantadas pelas gestões municipais precisam investir esforços para a busca das pessoas que não estão acessando os serviços de APS e para sua vinculação. Em muitos desses casos, é possível que a população, sem conhecer seus serviços de APS de referência, acabem acessando as portas de urgência para tratar de questões que poderiam estar sendo melhor manejadas na própria APS. Esse se constitui, portanto, como um dos principais desafios a serem superados na APS, e cujo enfrentamento pode se dar no âmbito da revisão do mecanismo de financiamento vigente.

23. Além do desafio relacionado ao aumento do acesso e da cobertura real das eSF, persistem também os desafios referentes à qualidade e resolutividade dos serviços. Tal quadro torna preponderante a necessidade de instituir mecanismos mais efetivos de monitoramento e avaliação das ações e serviços da APS, bem como, a vinculação de repasses financeiros aos resultados em saúde.

24. Desta forma, para modificar o modelo de prestação de serviços e assegurar que a APS seja o primeiro ponto de contato do usuário com o sistema de saúde, foi necessário reformar o atual sistema de financiamento da APS de forma a expandir a cobertura e torná-la mais resolutiva e com maior qualidade. Sendo assim, o Ministério da Saúde recorreu às evidências científicas e adequado delineamento do problema para proposição de um modelo misto de financiamento com os fluxos orientados para as equipes de APS e baseado em resultados em saúde, com vistas a ampliar o acesso da população aos serviços, responsabilizar as equipes pelos indivíduos acompanhados, e proporcionar maior qualidade, efetividade, eficiência e equidade.

25. Entre os pressupostos e estudos que fundamentaram a proposição do Previnir Brasil constam levantamentos que identificaram fragilidades na promoção do acesso pelas equipes de Atenção Primária à Saúde implantadas e nos mecanismos de financiamento vigentes; estudos que apontam a necessidade de ampliar os recursos investidos na APS e revisar a eficiência do gasto em Atenção Primária à Saúde; e revisão de mecanismos de financiamento implantados em países cuja Atenção Primária à Saúde está fortemente implantada e apresenta bons resultados em saúde.

26. Quanto às constatações referentes às fragilidades na promoção do acesso da população a ser coberta pelas equipes de saúde da família, conforme apresentado na seção anterior, foram consultadas as bases do Sistema de Informação da Atenção Básica- SISAB para verificação da situação cadastral da população a ser coberta segundo parâmetro de cobertura vigente 3.450 pessoas por equipe de saúde da família implantada. As fragilidades nos mecanismos vigentes indicam que, a vinculação das transferências a mecanismos que privilegiaram a vinculação de recurso financeiro à implantação de equipes, induziram à expansão da implantação de equipes de saúde da família. Contudo, a despeito da expansão em termos de capacidade instalada, verifica-se que a demanda a ser materializada a partir da vinculação efetiva das pessoas a essas equipes, não se deu, visto que 50 milhões de pessoas não estão cadastradas e atendidas pelas equipes. Desse modo, investir em mecanismos de financiamento que vinculem o repasse à responsabilização das equipes pelas pessoas, parece-nos razoável e necessário.

27. Quanto à relevância de investir os recursos do SUS na APS, e também de induzir a eficiência do gasto em APS, recorreu-se a estudo do Banco Mundial que aponta que há espaço para o SUS obter melhores resultados com o nível atual de gasto público, a partir do maior direcionamento para a

APS dos recursos já alocados, e da indução de maior eficiência na sua utilização. A partir da utilização de técnica de fronteira de produção, o estudo estimou o nível de eficiência da Atenção Primária à Saúde (APS) em 63%, e para os níveis da Média e Alta Complexidade (MAC), de 29%. A partir desses resultados, estimou-se que existe uma folga (ou desperdício) anual de aproximadamente R\$9,3 bilhões apenas na APS, somando-se os recursos dos três níveis de governo. Na MAC, o desperdício anual estimado chega a R\$12,7 bilhões, considerados também os gastos tripartites em saúde.

28. Desse modo, o estudo aponta que, considerando-se a perspectiva da eficiência da utilização dos recursos públicos investidos pelos três entes federativos, é necessário investir mais recursos em APS do que na Média e Alta Complexidade, mas também, reduzir o desperdício de recurso público verificado. Para tanto, a proposta tanto busca a ampliação de recursos federais destinados à APS, e consequente ampliação da participação do investimento em APS no montante de recurso federal destinado às ações e serviços públicos de saúde, quanto busca, a partir do componente desempenho, acompanhar e responsabilizar os gestores pelo alcance de melhores resultados em saúde.

29. Quanto ao modelo de financiamento da Atenção Primária aplicado em outros países, dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) demonstram que o financiamento da Atenção Primária em seus países membros evolui de pagamentos por serviços ou orçamentos globais para métodos de financiamento inovadores vinculados à melhoria de resultados em saúde, à ampliação do acesso ou a melhoria da coordenação do cuidado. A maioria desses países possui um financiamento da Atenção Primária misto que combina duas ou mais metodologias. A capitação ponderada, por exemplo, é uma metodologia utilizada em países como Dinamarca, Reino Unido, México, Portugal e Espanha por exemplo. O método de pagamento por serviço é adotado pela Austrália, Dinamarca, Reino Unido, EUA, Suíça, França, dentre outros. Já o pagamento por desempenho é adotado também pela Austrália, Reino Unido, Portugal, França e Espanha. Cada método cria um conjunto diferente de incentivos, e sua combinação equilibra seus respectivos pontos fortes e fracos para um resultado mais adequado a cada contexto.

30. Dentre todos países, o Reino Unido se destaca como um grande influenciador do desenho de financiamento da Atenção Primária, por seu longo processo de inovação no modelo de alocação de recursos neste nível de atenção. Na Inglaterra, a alocação de recursos para a Atenção Primária combina capitação ponderada, pagamento por desempenho, pagamentos por serviços adicionais específicos, pagamentos por dispensação de medicamentos, e outros incentivos como fundos administrativos, pagamento por tempo de serviço dos profissionais etc. Estes diferentes métodos representam respectivamente cerca de 52%, 14%, 10%, 10% e 14% da composição do financiamento da Atenção Primária neste país.

31. A partir das experiências internacionais ressalta-se ainda que a metodologia de pagamento por desempenho apresenta resultados positivos na Atenção Primária, impactando em aspectos como a melhora no registro de usuários, a redução nas falhas de tratamento, o controle de doenças crônicas, a melhora nas ações de rastreamento, a melhora na prescrição de medicamentos, a redução nas internações de emergência para condições incentivadas, dentre outros. Além disso, o pagamento por desempenho se apresenta como uma estratégia para alinhamento dos objetivos do sistema sanitário, orientando as ações dos diferentes níveis de gestão e de atenção em direção a metas comuns.

32. Consideradas as evidências apresentadas, foi formulado modelo misto de financiamento composto pela Capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. A partir deste novo modelo o cálculo das transferências de recursos financeiros federais para os municípios será a soma dos recursos referentes aos três componentes.

33. O **componente de Capitação ponderada** considera a população cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP), e atribui critérios de ponderação e equidade de acordo com a vulnerabilidade socioeconômica, com o perfil demográfico por faixa etária, e a classificação geográfica dos municípios de acordo com o IBGE.

34. O critério de vulnerabilidade socioeconômica contempla a população beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF), do Benefício de Prestação Continuada (BPC), ou de benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos, já o critério de perfil demográfico por faixa etária contempla a população com 5 anos ou menos, ou 65 anos ou mais. Ambos os critérios são marcadores de

grupos populacionais com maiores necessidades em saúde e cujo cuidado impacta em maiores gastos em saúde. Para estes critérios foi atribuído um peso de 1,3 por pessoa considerando-se: a probabilidade de uma pessoa em vulnerabilidade econômica ser altamente dependente do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, não dispor de recursos materiais para resolver qualquer problema de saúde eventualmente não resolvido em tempo oportuno pelo SUS; e a probabilidade de uma pessoa nas faixas de idade prioritárias apresentar maior utilização dos serviços de APS. Isso significa que, para cada pessoa considerada em vulnerabilidade socioeconômica ou dentro dos extremos etários supracitados, o valor da capitação será 30% maior. Caso uma pessoa se enquadre tanto na vulnerabilidade socioeconômica, quanto no critério etário, o acréscimo de 30% é aplicado apenas uma vez.

35. A ponderação a partir da classificação geográfica do município considera que os custos da provisão de APS nos municípios variam de acordo com sua distância aos centros urbanos. Para este ajuste foi utilizada a classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos de acordo com a metodologia proposta pelo IBGE (2017) para os municípios. Os pesos de 1 (um inteiro) para municípios urbanos, de 1,45 (um inteiro e quarenta e cinco décimos) para municípios intermediários adjacentes e rurais adjacentes, e de 2 (dois inteiros) para municípios intermediários remotos e rurais remotos se originam da razão entre o quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe para as diferentes classificações geográficas. O quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe foi definido pelo Ministério da Saúde considerando a variação do adensamento populacional entre os municípios rurais, intermediários e urbanos.

36. Considerando que alguns municípios possuem um número menor de habitantes segundo o IBGE, comparado ao quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe, para que não haja prejuízo financeiro a estes municípios, no caso de possuírem 1 (uma) eSF credenciada e cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, para o cálculo da capitação ponderada será contabilizado tanto os valores referentes à população cadastrada, quanto valores referentes à diferença entre o o número de pessoas efetivamente cadastradas pela equipe e o quantitativo potencial de pessoas cadastradas por eSF e, a esta diferença será aplicado apenas o critério de classificação geográfica.

37. Os recursos financeiros que atualmente são destinados ao PAB Fixo, incentivo de custeio das eSF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF-AB e Gerentes serão incorporados ao componente Capitação Ponderada. Para fazer jus a este componente, o município precisa ter eSF ou eAP credenciadas pelo Ministério da Saúde e informadas no SCNES e enviar o cadastro das pessoas vinculadas às equipes ao Ministério da Saúde por meio do Sistema de Informação da APS vigente. O Ministério da Saúde reconhece que a gestão municipal tem autonomia para ampliar a equipe mínima da eSF ou eAP com outros profissionais, expandindo a equipe multiprofissional.

38. Considerando que novas equipes (eSF ou eAP) credenciadas não possuem pessoas cadastradas para cálculo do incentivo financeiro da capitação ponderada e necessitam de um prazo e apoio financeiro para tal cadastro, foi definido que após o cadastro destas equipes no SCNES, será transferido ao município o valor correspondente ao quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe ajustado pela classificação geográfica. Este valor será revisto no segundo recálculo da capitação ponderada subsequente.

39. O **componente de Pagamento por desempenho** considera os resultados alcançados pelas equipes (eSF ou eAP) a partir do monitoramento periódico de uma lista de indicadores, e cumprimento de metas. A responsabilidade pelo cálculo dos indicadores é do Ministério da Saúde, e sua definição deve considerar a relevância clínica e epidemiológica, disponibilidade, simplicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade.

40. Os recursos financeiros que atualmente são destinados ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ, e que estavam vinculados à adesão do município ao programa, serão incorporados ao componente Pagamento por Desempenho. Todos os municípios que possuírem eSF ou eAP credenciadas pelo Ministério da Saúde e informadas no SCNES e que atingirem os resultados previstos, farão jus a este componente, sem necessidade de adesão prévia, e possibilitando uma análise universal dos resultados das equipes que ofertam ações de Atenção Primária.

41. No caso de novas equipes (eSF ou eAP) credenciadas, que necessitam de prazo para organização do processo de trabalho e envio regular da produção, será transferido ao município, mensalmente até o 2º (segundo) recálculo, o incentivo financeiro do pagamento por desempenho considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe, após o cadastro destas equipes no SCNES.

42. O **componente de Incentivo para Ações Estratégicas** considera as especificidades e prioridades em saúde, assim como aspectos estruturais e de produção assistencial das equipes e unidades de saúde, por meio de adesão da gestão municipal a programas e estratégias, ou o cumprimento de requisitos definidos pelo Ministério da Saúde. Portanto, este componente busca atender a especificidades socioeconômicas, territoriais e epidemiológicas.

43. Os recursos financeiros que atualmente são destinados aos programas e estratégias elencados no quadro abaixo serão mantidos no componente Incentivo para ações estratégicas conforme parâmetros das portarias vigentes, ou portarias que venham a ser instituídas, e que regulamentam a organização, o funcionamento e o financiamento dos programas e estratégias.

Quadro 1. Programa e Estratégias do componente de Incentivo para Ações Estratégicas.

Programa Saúde na Hora
Equipe de Saúde Bucal (eSB)
Unidade Odontológica Móvel (UOM)
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)
Equipes de Consultório na Rua (eCR)
Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)
Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)
Microscopista
Equipe de Atenção Básica Prisional (EABP)
Incentivo Financeiro de Custeio para o Ente Federativo Responsável pela Gestão das Ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade
Programa Saúde na Escola (PSE)
Programa Academia da Saúde
Programa de Apoio à Informatização da Atenção Primária à Saúde
Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional

44. Observa-se, portanto que, o novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) - *Previne Brasil* - busca como preceito primordial ampliar o acesso da população aos serviços de saúde para garantir a universalidade, equidade e integralidade do SUS, previstos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. O foco do *Previne Brasil* é estruturar modelo de financiamento que fomente o atendimento às necessidades de saúde das pessoas, a partir de composição de financiamento que contemple mecanismos que induzam à responsabilização dos gestores e profissionais pelas pessoas, e que contemplem critérios previstos no artigo 35, da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para definição de valores a serem transferidos aos Municípios.

ITENS CONSTANTES NO REQUERIMENTO DE INFORMAÇÕES

45. Entre os pontos abordados pelo RIC destacam-se: a aprovação da Portaria n.º 2.979 de 12 de novembro de 2019 pelo Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestores Tripartite, apresentadas nos itens I e II do presente Requerimento; a remuneração baseada em cadastros, o suposto recuo na expansão de saúde da família, o PAB Fixo e a preponderância da capitação frente aos recursos de incentivo de programas, constantes nos itens III, IV e V; os estudos que fundamentaram a proposta para o estabelecimento de novos critérios de rateio para a transferência de recursos federais para a atenção básica relatado no item VI; a ampliação de recursos para o financiamento da APS abordada no item VII; e os serviços do NASF, abordado no item VIII.

I e II- QUANTO À APROVAÇÃO DA PORTARIA PORTARIA 2.979 DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019 PELO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE E COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE.

46. Desde que a equipe da Secretaria de Atenção Primária deparou-se com a alarmante constatação de que 50 milhões de pessoas que deveriam estar cadastradas e sendo acompanhadas pelas equipes de saúde da família, não o estavam ainda que o Ministério da Saúde estivesse fazendo o repasse para o custeio das ações, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde(SAPS), iniciou o processo de revisão de todos os mecanismos de financiamento vigentes, e também, da literatura acerca dos modelos de financiamento utilizados em sistemas de saúde universais do mundo.

47. Passada a etapa de delineamento do problema enfrentado, e consultadas as experiências mais bem sucedidas no mundo quanto à organização da Atenção Primária à Saúde e respectivos modelos de financiamento, foi iniciada a estruturação de uma intervenção sobre o modelo de financiamento vigente capaz de enfrentar os desafios identificados. Como praxe e responsabilidade da gestão federal, no início do segundo semestre a proposta inicialmente estruturada começou a ser debatida com dois dos principais interlocutores do Ministério da Saúde para a implantação de seus respectivos programas e estratégias: CONASS e CONASEMS.

48. A discussão iniciou-se prioritariamente por essas duas instituições, dada a temática em pauta e a disponibilidade de espaços de discussão e aperfeiçoamento de propostas federais, a exemplo dos grupos técnicos temáticos tripartite. No que se refere ao tema, em se tratando de proposição que repercutiria necessariamente no montante de recurso disponível para a estruturação das ações da APS, aliado ao fato de envolver pra além do debate meritório, aspectos extremamente técnicos envolvidos no manejo orçamentário e financeiro, optou-se por submeter a proposta ainda incipiente a essa audiência em específico.

49. Com isso, foi iniciada a discussão da proposta em reuniões do Grupo de Trabalho da APS ainda no primeiro semestre de 2019, e apresentada proposta inicial para um grupo maior de gestores na ocasião do XXXV Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, no dia 05/07/2019, em mesa de debates para convidados intitulada "Rateio de Financiamento vinculado à Saúde". Entre os convidados para o debate realizado nessa ocasião estavam representantes da Organização Mundial de Saúde, Organização Panamericana de Saúde, Instituto de Economia Aplicada, Universidade de Brasília, Banco Mundial e gestores municipais.

50. Nos meses seguintes, após várias reuniões entre técnicos do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, bem como membros do Grupo de Trabalho da APS, a proposta foi apresentada na reunião do Conselho Nacional de Representantes Estaduais (CONARES) realizada em setembro de 2019. Nesse ínterim aconteceram ainda debates nas instâncias de representações estaduais, a exemplo das Assembleias e Câmaras Técnicas do CONASS.

51. Posteriormente, a partir do mês de outubro de 2019, foram realizadas discussões sobre a nova proposta de forma descentralizada, através de visitas e discussões realizadas por equipes compostas por autoridades e técnicos do Ministério da Saúde, do CONASEMS e dos COSEMS: a proposta foi discutida localmente em 25 estados da Federação (AC - AL - AM - AP - BA - CE - ES - GO - MA - MG - MS - MT - PA - PB - PE - PI - RJ - RN - RO - RR - RS - SC - SE - SP - TO). Os encontros realizados para a discussão da nova proposta de financiamento contaram com a participação de pelo menos 10.000 pessoas, entre as quais representantes da academia, gestores e técnicos dos municípios e estados, e ainda, com convidados externos de Tribunais de Contas e Ministério Público.

52. Em relação à sistemática agenda de discussões realizadas com os gestores municipais e estaduais, privilegiou-se a realização de discussões aprofundadas sobre toda a proposta, envolvendo o compartilhamento de simulações e sucessivas incorporações oriundas dos próprios gestores para aperfeiçoar mecanismos de compartilhamento das simulações- vide painel construído pelo próprio CONASEMS para disponibilização das simulações; regulamentação de condições da transição, entre outros aspectos.

53. Ressalva-se que a agenda de construção compartilhada com gestores estaduais e municipais requereu amplos esforços do Ministério da Saúde, e adiou em certa medida a apresentação de proposta com maior grau de maturação ao Conselho Nacional de Saúde, não prescindindo de modo

nenhum de iniciativas desse Ministério da Saúde para promover momento oportuno de apreciação da proposta pelo Conselho Nacional de Saúde.

54. Entre as iniciativas voltadas à apresentação da proposta pode ser citada ocasião na qual a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, durante a 321ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, submete à apreciação pelo CNS um conjunto de agendas estruturantes da APS, entre as quais a proposta do novo financiamento desenvolvida. Em outra ocasião foi remetido ao CNS Ofício com a minuta da Portaria que instituiu o novo modelo de financiamento.

55. A pactuação do novo modelo de financiamento ocorreu na ocasião da 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em 31 de outubro de 2019, conforme consta no Resumo Executivo anexado a esse processo. O Resumo Executivo da referida reunião tripartite apresenta a pactuação requerida nesse RIC.

III, IV E V- QUANTO À REMUNERAÇÃO BASEADA EM CADASTROS, À EXPANSÃO DE SAÚDE DA FAMÍLIA, AO PAB FIXO E À PREPONDERÂNCIA DA CAPITAÇÃO FRENTE AOS RECURSOS DE INCENTIVO DE PROGRAMAS.

56. Conforme relatado anteriormente, apesar da efetivação de repasses financeiros vinculados à implantação e manutenção de equipes de saúde da família, através do PAB variável, ter produzido avanços na expansão de equipes e da cobertura de ESF, persistem desafios quanto a real cobertura e acesso das pessoas aos serviços a serem prestados por tais equipes. Conforme exposto preliminarmente, dos 140 milhões de brasileiros que deveriam estar cobertos, cerca de 50 milhões não possuem vinculação alguma com a equipe de saúde da família implantada, representando alarmante inadequação da assistência ofertada.

57. Com isso, verifica-se que as equipes atualmente implantadas pelas gestões municipais precisam investir esforços para a busca das pessoas que não estão acessando os serviços de APS e sua vinculação. Em muitos desses casos, é possível que a população, sem conhecer seus serviços de APS de referência, acabem acessando as portas de urgência para tratar de questões de poderiam estar sendo melhor manejadas na própria APS.

58. Diante desse quadro, cabe ressaltar o compromisso da proposta com a garantia constitucional de oferta do acesso universal, equânime e integral dos cidadãos, compromisso esse reiterado com a indução ao fortalecimento da responsabilidade dos gestores e equipes já implantadas- e com aquelas a serem expandidas- com as pessoas a serem atendidas.

59. A efetivação de repasses de custeio proporcional às pessoas cadastradas e vinculadas às equipes, prevista no âmbito do componente capitação, busca enfrentar esse problema ao induzir o reequilíbrio entre a oferta de serviços/equipes e as necessidades de saúde a partir do repasse de recursos financeiros. A APS, tendo por princípio a responsabilização pelo cuidado das pessoas, deve representar avanços não somente na capacidade instalada e oferta disponível, mas também, no atendimento às demandas e necessidades de saúde. Diante de tal princípio, deve, portanto, consistir não somente na disponibilidade de equipes de saúde da família e APS implantadas, mas também, na identificação da população pela qual essas equipes são responsáveis.

60. Tal esforço não prejudica o constante esforço federal de induzir a ampliação da cobertura de saúde da família, fato que pode ser retratado na proposta de Projeto de Lei do Plano Plurianual 2020-2023 enviado pelo Ministério da Saúde no tocante à meta 0508 - Ampliar para 72,71% a cobertura populacional das equipes de Saúde da Família.

61. Quanto ao Piso da Atenção Básica Fixo, de acordo com a exposição anterior, embora tal componente tenha representado um esforço federal na direção da promoção da equidade na alocação dos recursos financeiros, e da própria estruturação da APS, sua conformação apresentava fragilidades sobre as quais era necessário intervir. Entre as fragilidades reitera-se: a distribuição de valores diferenciados para áreas mais vulneráveis era restrita à unidade municipal, desconsiderando a vulnerabilidade individual e fazendo com que Municípios em situação de menor vulnerabilidade não percebessem recursos diferenciados para áreas configuradas como bolsões de pobreza; a impossibilidade de garantir adequada atualização das informações de cada indicador considerado na definição do valor per capita a ser repassado aos Municípios: o lapso temporal observado para atualização da nonulação

IBGE a ser considerada para o repasse do montante de recursos do PAB Fixo que incorre em distorções no repasse frente a contingentes populacionais acima ou aquém da realidade; e o baixo potencial de indução de modelo de atenção adequado para a APS, por não exigir cumprimento de compromissos como aqueles previstos para a saúde da família ou mesmo para as equipes de atenção primária. A partir dessas razões, justifica-se a substituição do PAB Fixo pelo componente capitação.

62. Esclarece-se ainda que o novo modelo de financiamento é um modelo misto, que busca o equilíbrio entre os componentes que o caracterizam, a fim de potencializar características positivas de cada elemento e amenizar possíveis efeitos adversos de outros. Sendo assim, o modelo buscou equilibrar o peso de cada componente do financiamento no orçamento global da APS, sem que isso gerasse prejuízo a outros componentes, a exemplo do componente de incentivos a programas, que foi mantido a fim de atender especificidades locais e induzir o desenvolvimento de ações ainda incipientes ou a serem reforçadas.

VI- QUANTO AOS ESTUDOS QUE FUNDAMENTARAM A PROPOSTA PARA O ESTABELECIMENTO DE NOVOS CRITÉRIOS DE RATEIO PARA A TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FEDERAIS PARA A ATENÇÃO BÁSICA

63. Quanto aos estudos que fundamentaram a propostas, ressaltam-se aqueles que: apontam a necessidade de ampliar os recursos investidos na APS e revisar a eficiência do gasto em Atenção Primária à Saúde; e os resultados da revisão de mecanismos de financiamento implantados em países cuja Atenção Primária à Saúde está fortemente implantada e apresenta bons resultados em saúde.

64. Quanto à relevância de investir os recursos do SUS na APS, e também de induzir a eficiência do gasto em APS, recorreu-se a estudo do Banco Mundial que aponta que há espaço para o SUS obter melhores resultados com o nível atual de gasto público, a partir do maior direcionamento para a APS dos recursos já alocados, e da indução de maior eficiência na sua utilização. A partir da utilização de técnica de fronteira de produção, o estudo estimou o nível de eficiência da Atenção Primária à Saúde (APS) em 63%, e para os níveis da Média e Alta Complexidade (MAC), de 29%. A partir desses resultados, estimou-se que existe uma folga (ou desperdício) anual de aproximadamente R\$9,3 bilhões apenas na APS, somando-se os recursos dos três níveis de governo. Na MAC, o desperdício anual estimado chega a R\$12,7 bilhões, considerados também os gastos tripartites em saúde.

65. Desse modo, o estudo aponta que, considerando-se a perspectiva da eficiência da utilização dos recursos públicos investidos pelos três entes federativos, é necessário investir mais recursos em APS do que na Média e Alta Complexidade, mas também, reduzir o desperdício de recurso público verificado. Para tanto, a proposta tanto busca a ampliação de recursos federais destinados à APS, e consequente ampliação da participação do investimento em APS no montante de recurso federal destinado às ações e serviços públicos de saúde, quanto busca, a partir do componente desempenho, acompanhar e responsabilizar os gestores pelo alcance de melhores resultados em saúde.

66. Quanto ao modelo de financiamento da Atenção Primária aplicado em outros países, dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) demonstram que o financiamento da Atenção Primária em seus países membros evoluiu de pagamentos por serviços ou orçamentos globais para métodos de financiamento inovadores vinculados à melhoria de resultados em saúde, à ampliação do acesso ou a melhoria da coordenação do cuidado. A maioria desses países possui um financiamento da Atenção Primária misto que combina duas ou mais metodologias, por exemplo, a capitação ponderada é uma metodologia utilizada em países como Dinamarca, Reino Unido, México, Portugal e Espanha. O método de pagamento por serviço é adotado pela Austrália, Dinamarca, Reino Unido, EUA, Suíça, França, dentre outros. Já o pagamento por desempenho é adotado também pela Austrália, Reino Unido, Portugal, França e Espanha. Cada método cria um conjunto diferente de incentivos, e sua combinação equilibra seus respectivos pontos fortes e fracos para um resultado mais adequando a cada contexto.

67. Dentre todos países, o Reino Unido se destaca como um grande influenciador do desenho de financiamento da Atenção Primária, por seu longo processo de inovação no modelo de alocação de recursos neste nível de atenção. Na Inglaterra, a alocação de recursos para a Atenção Primária combina capitação ponderada, pagamento por desempenho, pagamentos por serviços adicionais específicos, pagamentos por dispensação de medicamentos, e outros incentivos como fundos administrativos,

pagamento por tempo de serviço dos profissionais etc. Estes diferentes métodos representam respectivamente cerca de 52%, 14%, 10%, 10% e 14% da composição do financiamento da Atenção Primária neste país.

68. A partir das experiências internacionais ressalta-se ainda que a metodologia de pagamento por desempenho apresenta resultados positivos na Atenção Primária, impactando em aspectos como a melhora no registro de usuários, a redução nas falhas de tratamento, o controle de doenças crônicas, a melhora nas ações de rastreamento, a melhora na prescrição de medicamentos, a redução nas internações de emergência para condições incentivadas, dentre outros. Além disso o pagamento por desempenho se apresenta como uma estratégia para alinhamento dos objetivos do sistema sanitário, orientando as ações dos diferentes níveis de gestão e de atenção em direção a metas comuns.

69. Oportunamente, ressaltamos também o alinhamento da proposição do novo modelo de financiamento aos critérios previstos na Lei 8.080/1990, podendo ser verificada a pertinência de cada componente do Previde Brasil aos mesmos, entre os quais se destacam: **perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; e desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior.**

70. Os componentes do novo modelo de financiamento da APS atendem aos critérios da seguinte forma:

a) O componente **capitação ponderada** atende aos critérios **demográfico** (ponderação demográfica nas faixas etárias com maior necessidade de atenção), e **epidemiológico da população a ser coberta** (ponderação demográfica que privilegia faixas etárias nas quais se concentram os agravos e necessidades de saúde mais frequentes), além de critério relacionado às **características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área** (parâmetro de cadastro a ser considerado para repasse de valor per capita definido a partir de quantitativo esperado de pessoas a serem às equipes de saúde da família e atenção primária já implantadas). Foram considerados também nesse componente, critério socioeconômico avaliado por indivíduo (ponderação dos indivíduos vulneráveis), a partir da identificação de população beneficiária do Programa Bolsa Família, do Benefício de Prestação Continuada, e de benefício previdenciário de até dois salários mínimos.

b) O componente **desempenho** seleciona indicadores que verificam a atenção ofertada para agravos frequentes na APS, contemplando o critério **epidemiológico** previsto na Lei Orgânica da Saúde. O componente atende também ao critério de observância ao **desempenho técnico dos entes beneficiários**, ao condicionar o repasse ao cumprimento de metas de desempenho. Na definição das metas, considera-se também as **características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área, ao serem propostas metas** compatíveis com a atual capacidade de resposta e oferta de determinados processos e resultados.

c) O componente de **incentivos e programas específicos**, se observado individualmente, atende ao critério **demográfico, epidemiológico e características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área.**

71. Diante disso, constata-se que haverá alocação de recursos federais para a APS com base nas garantias constitucionais explicitadas no Artigo 196 da Constituição Federal, bem como nos critérios preconizados pela Lei Orgânica da Saúde. O esforço investido na proposta é pela formulação de modelo de financiamento que garanta para a participação federal no custeio da APS, a combinação equilibrada entre atendimento às necessidades de saúde traduzidas por critérios demográficos e epidemiológicos, à capacidade instalada local, e vinculação ao compromisso solidário de alcance de resultados, sem deixar de observar critérios distributivos centrados na equidade.

72. Ademais, outras ações programáticas do orçamento federal da saúde contribuem para a participação federal em ações de promoção, prevenção e recuperação, a exemplo das ações vinculadas à vigilância em saúde e assistência farmacêutica, cada uma delas com repasse vinculado a mecanismos regulamentados por normativas próprias que não a Portaria a qual se dirige a Ação. Tais ações

programáticas não tiveram redução de recursos por ocasião da proposição do novo financiamento da APS.

VII- QUANTO À AMPLIAÇÃO DE RECURSOS PARA O FINANCIAMENTO DA APS

73. Conforme proposta constante no Projeto de Lei Orçamentária enviada pelo Ministério da Saúde e Executivo Federal ao Congresso Nacional, o orçamento da Atenção Primária à Saúde totalizará 23,3 bilhões em 2020, dos quais 20,4 bilhões correspondem ao orçamento do novo modelo de financiamento, tal valor representará a alocação de mais R\$ 2 bilhões de reais em recursos novos para a APS para o ano de 2020, o que representa 11% de incremento no orçamento da APS. Como exposto anteriormente, não houve supressão de recursos de outras ações programáticas.

VIII- QUANTO AOS SERVIÇOS DOS NASF

74. Quanto ao questionamento referente às equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), informamos que foram criadas em 2008, com a publicação da Portaria GM nº 154, de 28 de janeiro de 2008, estabelecendo-se, a partir de então, recursos de custeio federal para sua implantação e manutenção, bem como diretrizes para seu funcionamento e regramentos para a composição quanto à carga horária dedicada à atuação e categorias profissionais integrantes. O objetivo de tais núcleos era a ampliação da abrangência de atuação das equipes de saúde da família, sem que, no entanto, atuassem enquanto porta de entrada para o atendimento às demandas de saúde da população. A partir dos NASF seria possível ampliar a resolutividade da APS ao ampliar as áreas de conhecimento disponíveis na APS, além de melhorar os mecanismos de referência e contrarreferência entre APS e serviço ambulatorial especializado.

75. À época de sua criação, eram previstos dois tipos de composição de equipes dos núcleos, sendo acrescentado um terceiro tipo em 2012, a partir da publicação da Portaria nº 3124, de 28 de dezembro de 2012. Os três tipos de equipes que integram o NASF, para fins de recebimento dos repasses federais, deveriam ser formados por profissionais previstos em um rol taxativo e finito de profissões e restritos à atuação em composição pré-definida de carga horária. Entre as categorias profissionais com possibilidade de integração de tais equipes estão: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

76. Após dez anos de implantação dos NASF, foram observadas algumas limitações e fragilidades que evidenciaram a necessidade de revisão da estratégia vigente para a ampliação da resolutividade das equipes de saúde da família e atenção primária. Nesse sentido, a ocasião da revisão do modelo de financiamento mostrou-se como oportunidade de estabelecer condições para a adequada revisão da inserção da atuação multiprofissional na APS.

77. Inicialmente, há de se reconhecer que o perfil excessivamente prescritivo característico do modelo de financiamento federal do NASF, que limitava relativamente os gestores municipais de saúde na definição de equipes multiprofissionais, o que não era compatível com algumas das diretrizes previstas. Entre essas diretrizes, pode ser mencionada a necessidade de os NASF se estabelecerem como suporte para as equipes de saúde da família de modo compatível com as necessidades locais, conforme trecho extraído da Política Nacional de Atenção Básica:

“A definição das categorias profissionais é de autonomia do gestor local, devendo ser escolhida de acordo com as necessidades dos territórios.”

78. Assim concluímos, que com a intencionalidade de tornar a organização dos NASF compatíveis com as demandas locais, de modo a ampliar a resolutividade das equipes de saúde da família e APS, qualificar os encaminhamentos para atenção ambulatorial especializada, bem como garantir adequado fluxo de contrarreferência, a vinculação do repasse financeiro federal pelo cadastro mostra-se como importante oportunidade para as equipes e gestores municipais conhecerem melhor sua demanda local em processo anterior ou simultâneo à estruturação de suas equipes multiprofissionais. Na mesma

direção, o acompanhamento a ser feito por meio dos indicadores de desempenho também poderá reorientar melhor a estruturação dessas equipes na direção das fragilidades no cuidado identificadas com base nos indicadores de desempenho.

79. Esta gestão, com o fim de aperfeiçoar a inserção das equipes multiprofissionais junto às equipes de saúde da família e APS, optou por desvincular a composição de equipes multiprofissionais às tipologias de equipes NASF até então vigentes durante tempo necessário para reorganização do processo. Esse tempo terá o papel de consolidar dados de cadastro (demanda da população) e de desempenho das equipes (demanda de processos a serem desenvolvidos pelas equipes), de modo que, em médio prazo, se possa reavaliar o papel dessas equipes e propor estratégia para o aperfeiçoamento da resolutividade, integração com outros pontos de atenção da rede e coordenação do cuidado.

80. Ressalta-se que para 2021 está prevista a inserção de indicador de acompanhamento das equipes multiprofissionais da APS, e, já em 2020, será acompanhada a inserção dos diversos profissionais que atualmente integram os NASF, tanto em sua vinculação enquanto equipes NASF quanto sua vinculação às Unidades Básicas de Saúde.

81. Atualmente existem 5.573 equipes do NASF, das quais 26.573 profissionais entre os CBO previstos para os NASF fazem parte. Considerando-se esses mesmos CBO cadastrados em Unidades Básicas de Saúde, mas fora de equipes NASF, totalizam 37.540 profissionais. Sendo assim, dos profissionais com possibilidade de atuação nos NASF, percebe-se que apenas 37% o estão, enquanto 63% estão presentes nas Unidades Básicas de Saúde, mas fora de equipe. Tal informação reforça a hipótese sobre eventuais dificuldades de os gestores conformarem equipes NASF com esses profissionais, dado o relativo engessamento das tipologias de equipes, e aponta a necessidade de todos os 70.000 profissionais serem considerados e incluídos no esforço das gestões locais para melhorar o cuidado ofertado, incluindo o conhecimento multiprofissional no cotidiano de todas as equipes de saúde da família e APS que assim o demandem.

82. Por todas as razões acima descritas, afirma-se que a Portaria n.º 2.979/2019 não revogou a Política Nacional de Atenção Básica. Assim, não há que se falar da extinção do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Nesse sentido, o fato de não haver previsão específica de financiamento do NASF-AB de modo algum pode ser considerado como ausência de seu financiamento, tendo em vista que este passou a compor a capitação ponderada.

83. Adicionalmente, registra-se que o processo de fortalecimento da Atenção Primária em Saúde respeita a Constituição Federal, inclusive no tocante às diretrizes de descentralização do Sistema Único de Saúde, com direção única em cada esfera de governo, diretrizes estas estabelecidas para ações e serviços públicos de saúde que integram a rede regionalizada e hierarquizada.

84. Nesse sentido, mantem-se respeitada e reforçada a autonomia dos municípios para que, perante o estabelecido em seus respectivos planos de saúde, aprovados pelo controle social local, tenham liberdade para destinação dos recursos com posterior prestação de contas em seus relatórios de gestão, que também deverão ser aprovados pelos respectivos Conselhos Municipais de Saúde.

85. Ademais, esta Secretaria reafirma seu compromisso com a priorização do modelo de Saúde da Família assistencial com maior potencial de produzir melhores desfechos em saúde e atender aos atributos essenciais da APS: *acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado*, reforçando sua vocação de responsabilidade pelas pessoas e compromisso em ofertar o melhor cuidado às mesmas. Sendo assim, a proposta do novo modelo não representa qualquer prejuízo à agenda contínua da APS de expandir o acesso das pessoas e qualificar o cuidado ofertado.

86. Ante ao exposto, encaminhe-se à **ASPAR/MS**, para adoção das medidas pertinentes.

87. Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

FRANCIS KAEMPF DO NASCIMENTO
Assessor

De acordo,

CAROLINE MARTINS JOSÉ DOS SANTOS
Secretária Substituta da Secretaria de Atenção Primária à Saúde.



Documento assinado eletronicamente por **Francis Kaempff do Nascimento, Assessor(a)**, em 07/01/2020, às 10:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



Documento assinado eletronicamente por **Caroline Martins José dos Santos, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde, Substituto(a)**, em 08/01/2020, às 12:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0013000066** e o código CRC **4B7C0852**.

Referência: Processo nº 25000.196766/2019-20

SEI nº 0013000066

Núcleo Jurídico da Secretaria de Atenção Primária à Saúde - NUJUR/SAPS
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br