



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

PEDRO TEODORO CARLSTRON

O "PROGRAMA PREVINE BRASIL" E SEUS IMPACTOS NO FINANCIAMENTO DA
USF JARDIM DENADAI NO MUNICÍPIO DE SUMARÉ

SÃO PAULO
2020

PEDRO TEODORO CARLSTRON

O "PROGRAMA PREVINE BRASIL" E SEUS IMPACTOS NO FINANCIAMENTO DA
USF JARDIM DENADAI NO MUNICÍPIO DE SUMARÉ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: CRISTIANE COSTA E SILVA MENEGUCCI

SÃO PAULO
2020

Resumo

O Ministério da Saúde, instituiu através da portaria 2.979 de novembro de 2019 o Programa Previne Brasil, que altera a forma como é feito o financiamento federal da atenção primária no país, privilegiando a quantidade de usuários cadastrados pela unidade, seu desempenho e produtividade, sem considerar a realidade de subfinanciamento crônico e falta de recursos humanos para executar a territorialização e cadastramento dos usuários. Esse trabalho se propõe a analisar a situação territorial da USF Jardim Denadai no município de Sumaré e como a nova portaria pode afetar seu financiamento. Também se pretende analisar a opinião de sociedades ligadas a saúde pública sobre o assunto e propor ações a nível local e regional.

Palavra-chave

Sistema Único de Saúde. Política de Saúde. Organização e Administração. Conscientização. Acesso aos Serviços de Saúde.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

O Município de Sumaré se localiza a cerca de 120 quilômetros da capital São Paulo e faz divisa com as cidades de Nova Odessa, Hortolândia, Campinas e Paulínia. Sua fundação data de 1868, mas sua história teve início há mais de 200 anos, com a venda de lotes de sesmarias à imigrantes que vinham à Campinas a procura de trabalho em lavouras de café. A forma como ocorreu o povoamento da região se reflete hoje na organização espacial do município: seis distritos separados por áreas rurais, com a maior parcela da população vivendo longe do centro urbano e mais próximo de cidades vizinhas.

O Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV) é um programa de habitação federal do Brasil lançado em março de 2009, que subsidia a aquisição da casa ou apartamento próprio para famílias de baixa renda, utilizando o saldo do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e juros abaixo do mercado. Todavia, as construtoras e incorporadoras de cada empreendimento eram responsáveis por todas as etapas de sua construção, incluindo a definição da localização das habitações. Assim, áreas periféricas já com a sua capacidade de serviços saturada tiveram um grande incremento populacional, sem que houvesse estrutura de saneamento básico, telefonia, transporte público, educação e nem de serviços de saúde.

A Unidade de Saúde da Família (USF) Denadai se localiza no distrito da Área Cura em Sumaré e tem duas equipes incompletas de Saúde da Família cadastradas. No ano de 2015, houve a inauguração de quatro novos condomínios do PMCMV na área da USF, um total de 1.180 novos apartamentos, cada qual vivem cerca de 8 pessoas, numa área de 60 metros quadrados. Não houve nenhum investimento em estrutura física ou contratação de profissionais para a USF. De acordo com o Censo de 2010, último publicado, residem na área da abrangência da unidade 14.322 pessoas. No sistema de prontuário da Unidade, existem 11.438 usuários cadastrados. Porém, ao considerarmos a quantidade de ligações de energia elétrica, a população se aproxima de 24 mil pessoas, ou seja, apenas cerca de 47% dos usuários da unidade estão de fato cadastrados. De acordo com a política nacional de atenção básica, cada equipe deve ser responsável pelo atendimento de no máximo 4 mil pessoas.

A territorialização consiste no conhecimento da população adscrita para o planejamento de ações de saúde, de forma que estas possam impactar positivamente na redução de mortalidade e agravos na população. O território é dinâmico, por isso deve ser periodicamente reavaliado. No entanto, a falta de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a falta de qualificação destes dificulta o processo.

Sendo assim, a equipe da USF Denadai, que já estava subdimensionada pela sua população, em um curto espaço de tempo, viu esta população dobrar devido a inauguração de novos condomínios do PMCMV, sem nenhuma contrapartida em estrutura física ou recursos humanos. Pelo contrário, teve seu quadro de funcionários reduzido devido a realocação em novas unidades de saúde inauguradas pela prefeitura.

Com isso, a equipe deixa de realizar rastreamento e busca ativa da população, priorizando apenas gestantes e crianças menores de dois anos, na tentativa de dar vazão ao fluxo da demanda espontânea. Apesar de gerar produção em atendimentos no curto prazo e acalmar os anseios políticos, a médio e longo prazo causam um sistema de saúde mais caro, menos resolutivo e que causa mais iatrogenias à população. Deixa-se de acompanhar as doenças crônicas e prevenir suas complicações, iniciando os cuidados apenas quando estas

já estão instauradas, deixando de realizar um dos principais atributos da atenção primária, o cuidado longitudinal e integral ao paciente.

Sem conhecer a população, não é possível traçar políticas de saúde efetivas, correndo o risco de desperdiçar tempo e recursos humanos em esforços inefetivos frente as demandas da população. Mais do que isso, a partir da portaria número 2.979 de 2019, o repasse de verbas do Ministério da Saúde aos municípios passa a ser feito proporcionalmente a quantidade de usuários cadastrados, não mais de acordo com a população do município, podendo causar redução no repasse de verbas federais.

Desta forma, o aumento da população adscrita na área sem a expansão da equipe gera inicialmente aumento na demanda de atendimentos na Unidade, sejam estes consultas médicas ou de enfermagem, curativos e visitas de ACS para o cadastramento do usuário. Além de prejudicar a qualidade da assistência à saúde, o baixo número de usuários cadastrados frente aos que realmente são atendidos por aquela equipe, pode causar, em última análise, a redução dos repasses federais ao município, com a consequente dificuldade na expansão da oferta dos serviços de saúde e até mesmo na manutenção dos serviços já existentes.

ESTUDO DA LITERATURA

De acordo com Milton Santos (1999), o território consiste em um lugar com limites definidos onde as pessoas vivem trabalham, circulam e se divertem. É um espaço de um espaço de relações de poder, de informações e de trocas. No contexto da saúde, a oferta de serviços pelo Estado se estrutura através da territorialização para garantir o atendimento à população.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Ministério da Saúde, 2019), que dispõe sobre os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), o traz como um sistema público fundamentado num projeto territorial descentralizado, hierarquizado e integrado regionalmente através das redes de atenção à saúde, pautado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, não importando em qual ponto do território a pessoa esteja, é do dever do Estado garantir o direito à Saúde. Por saúde, entendemos como o completo bem estar social do cidadão, como o acesso à alimentação, a moradia, ao saneamento básico, o trabalho, a renda, a educação, ao transporte, ao lazer e aos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde é o gestor nacional do SUS, responsável por formular, normatizar, fiscalizar, monitorar e avaliar políticas e ações. Os estados também participam da formulação de políticas em saúde, devendo auxiliar os municípios em sua implementação. Ao município, cabe a responsabilidade de estruturar e operacionalizar a atenção básica, porta de entrada do usuário aos demais níveis da hierarquia do sistema, sendo o único nível da atenção que estará presente em todo o território nacional. Dentre os princípios organizativos do SUS, estão a regionalização e a hierarquização. Assim, a localização dos serviços deve obedecer aos princípios da resolutividade e da economia de escala, sendo que através de pactuações intermunicipais e dos sistemas regionais, as pessoas poderão acessar os demais níveis do cuidado. (Faria, R.M., 2019)

A territorialização envolve não apenas a divisão geográfica da população para o acesso aos serviços de saúde, devendo também criar uma relação de vinculação e pertencimento entre a população e os serviços, concepção que ganhou força com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF). A área de abrangência do PSF deve conter uma população mais ou menos homogênea do ponto de vista socioeconômico e epidemiológico, e também deve levar em conta barreiras físicas e vias de acesso e transporte da população às unidades de saúde. Cada família corresponde ao menor nível de atenção do PSF, seguido das microáreas, que são formadas por um conjunto de famílias de 450 a 750 habitantes, cada qual sob a responsabilidade do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Já a área do PSF é constituída por um conjunto de microáreas, onde residem aproximadamente 2.400 a 4.500 pessoas. (Coutinho, 2016)

Compreender o território ultrapassa as concepções de áreas geográficas. Também são relevantes dados epidemiológicos e sociodemográficos da população adscrita, seus problemas de saúde mais comuns, compreendendo também a ocupação e forma de emprego desta população, para exercer vigilância nos riscos e agravos ocupacionais. É importante conhecer as condições de moradia e os riscos habitacionais e sanitários a que estão

expostos, considerando a imensa carga de doenças que acompanham a falta de água e esgoto tratados. Através da territorialização é possível organizar e planejar o direcionamento das ações dos profissionais das equipes de saúde da família. (Faria, R.M., 2019)

O ACS tem a função de trabalhar em conjunto com as famílias para cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação. Isso ocorre através do preenchimento da Ficha de Cadastro Domiciliar e territorial, um documento que deverá conter informações sobre a idade, ocupação, escolaridade, estado da moradia e agravos de cada membro. Posteriormente, esses dados deverão ser digitados e inseridos no Sistema Eletrônico do SUS (e-SUS), que está em processo de implementação desde 2013, em substituição ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). (SAPS, 2020)

Anteriormente, esses dados serviam apenas para orientar os processos e as políticas públicas de saúde, no entanto, a partir da portaria número 2.979 de 12 de novembro de 2019, fica estabelecido que, o financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde deverá ser proporcional a quantidade de usuários cadastrados por equipe e o desempenho desta, com valorização de ações estratégicas. Também serão considerados a vulnerabilidade socioeconômica e o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada. Anteriormente, a distribuição de verbas federais considerava apenas a população informada pelo último Censo de cada município, não a população de fato cadastrada, sem distinção do seu perfil social ou demográfico. A partir da nova portaria, a partir do perfil demográfico e social da população e das características da tipologia rural-urbana do município, será definida uma pontuação para o município, que servirá como fator de multiplicação no momento da distribuição dos incentivos federais. (Fiocruz, 2019)

De acordo com dados de produção e melhoras de indicadores sociais e de saúde, poderá haver incentivo financeiro que poderá chegar até a cem por cento. No caso de irregularidades ou de equipe incompleta, esse bônus terá redução, podendo até ser cortado. O ano de 2020 será considerado um ano de transição, não haverá redução no repasse, porém os bônus serão pagos apenas aos municípios que cumpram todos os requisitos. (Ministério da Saúde, 2019)

Para a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, o novo modelo de financiamento federal da atenção primária proposto pela portaria poderá trazer mais dinheiro ao SUS, frente ao contingenciamento de recursos federais, determinando pela Emenda Constitucional 95 (EC-95) de 2016, pois traz um incentivo à expansão da atenção primária em locais de maior vulnerabilidade social e mais distantes de grandes centros urbanos. Ainda, cita que o bônus por desempenho está de acordo com recomendações internacionais para o financiamento mais custo efetivo da saúde. Como há um incentivo ao cadastramento de usuários, assim também teremos uma base de dados mais completa para planejar as ações e acompanhar a evolução dos indicadores de saúde. Não obstante, cita que a portaria carece de informações sobre os mecanismos que serão adotados com os municípios que venham a apresentar redução do repasse federal, se haverá algum tipo de apoio técnico à regularização da situação. Também traz que a referida portaria trará maior qualificação profissional à atenção básica, pois entre as ações elencadas em seu eixo de incentivo para

ações estratégicas, haverá incentivos para municípios com programas de residência médica ou multiprofissional. Por fim, se manifesta favorável ao novo modelo, por entender que o potencial de ganhos e avanços, suplantam os riscos e dificuldades organizacionais que possam eventualmente ocorrer. (SBMFC, 2019)

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) traz em nota, que a proposta do Ministério da Saúde subverte os princípios do SUS ao focar na valorização do indivíduo vulnerável, não na coletividade, ferindo a cobertura universal de saúde do SUS, um reflexo do subfinanciamento crônico do sistema, reduzindo a Atenção Primária à Saúde a um caráter individual e assistencialista, que não consegue mais cumprir com todas as suas obrigações. Lembra que esta medida integra diversas outras que se sucederam a EC-95 de 2016, sufocando progressivamente o financiamento do SUS. A nova medida reorganiza o SUS para um caráter mercantilista, semelhante aos sistemas privados de saúde, pois ao estimular uma quantidade maior de usuários cadastrados, dentre estes priorizando as populações mais vulneráveis, e aumentando a produtividade da equipe através de incentivos financeiros não atrelados ao salário base, na aparência se faz um sistema mais eficiente, com maior quantidade de consultas, mas na essência, um sistema que privilegia as ações individuais em detrimento das coletivas. Ao centrar as ações na população mais pobre, o SUS perde seu caráter universal, pois se tem um sistema de saúde público para os pobres e abre espaço para a expansão da saúde suplementar aos que podem pagar. Destaca ainda que os recursos necessários ao pagamento de adicional por produtividade serão os mesmos que financiam o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), podendo significar o fim deste programa. (ABRASCO, 2019)

Um estudo realizado pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro (Cosems/RJ) simulou a nova distribuição de recursos federais para os municípios do estado. Nesse estudo, ficou identificado que 78 municípios, que totalizam 98,3% da população do estado do Rio de Janeiro, perderiam recursos, correspondendo a uma diminuição de cerca de R\$ 417 milhões, que corresponde a 62,9% do recurso total destinado no ano anterior. (COSEMS-RJ, 2019)

AÇÕES

Frente à situação problema exposta acima, proponho as seguintes ações:

- ♦ Articulação com profissionais de outras localidades para o planejamento de ações.
Aproveitar o espaço das capacitações, reuniões gerenciais e matriciamento para discutir a nova proposta com outras unidades de saúde, trocar experiências do que vem sendo feito em cada unidade e seus resultados. Também é possível extrapolar as ações do nível local, buscando-se engajamento municipal e regional.
- ♦ Discussão da situação com toda a unidade, através de reunião de equipe.
Apesar da responsabilidade do cadastramento de usuários ser dos Agentes Comunitários e funcionários da recepção, todos os colaboradores da unidade podem se envolver neste processo. O principal espaço que temos para isso são as reuniões de equipe, na qual será possível, criar processos de trabalho para viabilizar o maior cadastramento de usuários.
- ♦ Incentivar o cadastramento dos usuários.
Os grupos de usuários, além de contribuir para a terapêutica, também são espaços de socialização e conscientização. Assim, é possível se aproveitar da presença de usuários que são próximos da equipe e pedir o apoio destes e de seus círculos sociais.
- ♦ Discutir a proposta localmente através de grupos e do Conselho Municipal de Saúde.
Os Conselhos de Saúde atuam tanto na fiscalização quanto na formulação de propostas para o SUS, e seus membros foram eleitos pelos próprios usuários, devido ao seu engajamento e atuação na comunidade. Assim, ao envolver o conselho temos um duplo aliado, tanto no auxílio ao cadastramento de usuários quanto na luta contra o corte de verbas da saúde.

RESULTADOS ESPERADOS

Através deste trabalho, espera-se através das diferenças estratégias apresentadas, aumentar a quantidade de usuários cadastrados na unidade dentre os que de fato são ali atendidos, evitando-se assim o agravamento do subfinanciamento da atenção básica. Como ganho secundário, espera-se aproximar profissionais de diferentes unidades de saúde e também do conselho municipal de saúde.

Dentre as ações propostas, foi realizado reunião de equipe com todos os funcionários da unidade, incluindo auxiliares administrativos e recepcionistas, onde foi discutido a financiamento do SUS e a portaria que institui o programa "Programa Previne Brasil", na qual foi exposto como a falta de cadastramento de usuários e lançamentos de produção incompletos poderiam prejudicar o já deficitário financiamento da atenção básica e o pagamento de salários. Com a realização desta exposição dos fatos, diferentemente apenas de uma cobrança de resultados, os funcionários foram capazes de perceber a importância do preenchimento correto das agendas de produção e lançamento destas informações no e-SUS. O que também vem sendo adotado é a conferência do cadastro do usuário quando comparece à unidade para consulta, retirar medicamentos na farmácia, curativo ou vacinas. Se incompleto ou inexistente, é realizada a atualização, que dura poucos minutos. Nenhum paciente deixou de receber atendimento devido à falta de cadastro.

Devido à pandemia de COVID-19, com a suspensão de grupos de usuários e com o foco das reuniões em seu combate, ainda não foi possível a abordagem do assunto com profissionais de outras unidades de saúde, com o conselho municipal de saúde ou em grupos.

REFERÊNCIAS

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço: técnica e tempo. razão e emoção.** 4. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006.

NEVES, Júlia; MACHADO, Kátia. **Atenção primária à saúde terá novo modelo de financiamento.** [S. l.], 1 nov. 2019. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/atencao-primaria-a-saude-tera-novo-modelo-de-financiamento>. Acesso em: 5 dez. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). 13/11/2019 | Edição: 220 | Seção: 1 | Página: 97. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019**, DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, ano 220, p. 97, 13 nov. 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 5 dez. 2019.

BRASIL. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (SAPS). . **E-SUS Atenção Primária.** 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esus>. Acesso em: 12 maio 2020.

COUTINHO, Livia de Oliveira. **TERRITORIALIZAÇÃO: REORGANIZAÇÃO DAS ÁREAS DE COBERTURA DAS EQUIPES DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA DA CONCEIÇÃO DO MUNICÍPIO DE CONTAGEM- MINAS GERAIS.** 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, [S. l.], 2016. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/LIVIA-OLIVEIRA-COUTINHO.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2019.

Faria, R.M. A territorialização da atenção básica à saúde do sistema único de saúde do Brasil.. Cien Saude Colet **[periódico na internet]** (2019/Mai). [Citado em 13/12/2019]. **Está disponível em:**

<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-territorializacao-da-atencao-basica-a-saude-do-sistema-unico-de-saude-do-brasil/17225?id=17225&id=17225>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Nota da SBMFC sobre nova política de financiamento da Atenção Primária à Saúde - Programa Previne Brasil. **Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S. l.], p. 1, 28 nov. 2019. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Nota-da-SB-FC-sobre-nova-poli%CC%81tica-de-financiamento-da-Atenc%CC%A7a-CC%83o-Prima%CC%81ria-a%CC%80-Sau%CC%81de-Programa-Previne-Brasil.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2019.

NOVO modelo de financiamento para qual Atenção Primária à Saúde?. [S. l.], 23 out. 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/formacao-e-educacao/novo-modelo-de-financiamento-para-qual-atencao-primaria-a-saude-artigo-de-a-uilas-mendes-e-leonardo-carnut/43609/>. Acesso em: 20 dez. 2019.

Cosems. Rio de Janeiro. Análise da proposta de mudança na modalidade de transferência de recursos para Atenção Primária à Saúde apresentada pelo Ministério da Saúde. Documento para discussão, outubro de 2019. Disponível em:

<http://www.cosemsrj.org.br/proposta-do-ministerio-da-saude-de-mudanca-na-modalidade-de-transferencia-de-recursos-para-a-atencao-primaria-a-saude/> Acesso em: 18/12/2019.