



Ministério da Saúde

AÇÕES  
PRIORITÁRIAS NA  
ATENÇÃO BÁSICA  
EM SAÚDE



Brasília-DF





©2000 – Ministério da Saúde  
É permitida a reprodução parcial ou total,  
desde que citada a fonte.

Tiragem: 1.000 exemplares

Presidente da República  
Fernando Henrique Cardoso

Ministro da Saúde  
José Serra

Secretário-Executivo  
Barjas Negri

Ministério da Saúde  
Esplanada dos Ministérios, bloco “G”, 3º andar  
Gabinete do Secretário-Executivo  
CEP: 70058-900  
Brasília-DF – Brasil  
Fone: (61) 315-2133/2370

#### FICHA CATALOGRÁFICA

Ações Prioritárias na Atenção Básica em Saúde/Secretaria-Executiva – Brasília :  
Ministério da Saúde, 2000.  
24p. : ilustrações.

1. Financiamento da Saúde. 2. Financiamento Governamental. 3. Assistência  
à Saúde. 4. Promoção da Saúde. I. Secretaria-Executiva. Ministério da Saúde.






# Sumário

Assistência básica de saúde: menos doença, mais vida .....	7
Atenção básica: financiamento, descentralização e eqüidade .....	15







A evolução do número de municípios que integram os diversos programas voltados para a atenção básica e sua distribuição equilibrada por todos os estados brasileiros demonstram o acerto dessa política e a firmeza na sua implantação.

Os municípios que recebiam recursos diretamente do Ministério da Saúde eram 144 em 1997. A nova sistemática implantada, a partir do início de 1998, mudou isso e, atualmente, estão incorporados ao PAB 5.341 municípios onde reside cerca de 93% da população brasileira.




Os recursos destinados a municípios que por qualquer razão ainda não estão incorporados ao PAB podem ser repassados ao fundo estadual correspondente. Isso ocorre com aprovação da Comissão Intergestora Tripartite e do Ministério da Saúde, obedecendo os valores mínimos por habitante. Estão nessa situação os Estados de São Paulo, Bahia, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná, Santa Catarina, Alagoas e Distrito Federal.

Nos demais programas de atenção básica, os recursos descentralizados também experimentaram um crescimento significativo em curto período de tempo.

Desde o primeiro repasse relativo ao PAB, feito pelo Fundo Nacional de Saúde, em fevereiro de 1998, o volume total destinado aos fundos municipais aumenta continuamente. O valor enviado aos municípios em setembro de 1999, para financiamento de agentes co



*As ações voltadas para a atenção básica utilizam o critério populacional para alocação de recursos, homogeneizando sua distribuição e reduzindo desigualdades*





# Assistência básica de saúde: menos doença, mais vida\*

Barjas Negri *Secretário-Executivo do Ministério da Saúde*



O Brasil está começando a perceber os resultados positivos de um conjunto de ações e de uma revisão das prioridades e procedimentos na área da Saúde. Estamos ainda longe de garantir aos cidadãos a assistência mais adequada, mas é inegável que o atual Governo, por meio do Ministério da Saúde e em conjunto com muitos Estados, prefeituras e o Distrito Federal, está mudando para melhor o planejamento, gestão e financiamento dos programas de saúde, principalmente na assistência básica.

Durante décadas, no Brasil, não se deu a necessária prioridade à assistência básica de saúde da população. O resultado dessa política equivocada é a realidade em que ainda vivemos: pessoas portadoras de

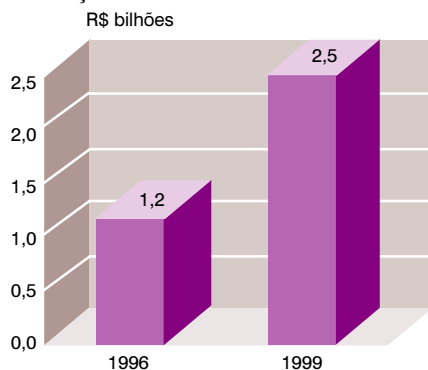
\* Publicado na Revista Saúde da Família, novembro de 1999, p. 10 e 11, Ministério da Saúde, Brasília (dados atualizados para dezembro de 1999).

**N**ão basta aumentar o volume  
de verbas, é preciso aplicá-las  
de maneira racional

doenças que poderiam ter sido evitadas formando filas desumanas diante de hospitais, onde nem sempre encontram o atendimento necessário. A outra consequência perversa desse modelo é que ele pressiona o governo a gastar mais e mais dinheiro com o tratamento das doenças que se multiplicam devido à falta de prevenção, em detrimento da promoção da saúde, gerando um círculo vicioso.

Para começar a romper essa cadeia, os recursos destinados à atenção básica foram aumentados consideravelmente, de R\$ 1,2 bilhão em 1996 para R\$ 2,5 bilhões em 1999. Os recursos para a vacinação em massa, no mesmo período, passaram de R\$ 145,1 milhões para R\$ 270 milhões. Mas não basta aumentar o volume de verbas, é preciso aplicá-las de maneira racional, de acordo com as necessidades locais. Por isso, o Ministério da Saúde descentralizou totalmente a aplicação das verbas destinadas ao atendimento básico, mediante transferência automática e mensal do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais de saúde.

*Recursos destinados à atenção básica – 1996 e 1999*



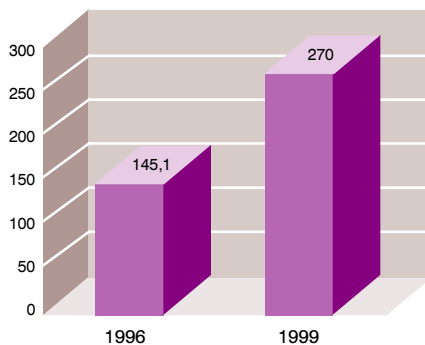
O instrumento dessa mudança significativa no financiamento às prefeituras é o Piso de Atenção Básica (PAB), criado no governo Fernando Henrique. O PAB garante um valor per capita de pelo menos R\$ 10,00 por habitante/ano para as prefeituras aplicarem nos procedimentos mais

simples realizados nos postos de saúde, como consultas médicas gerais, exames de pré-natal, atendimentos de pessoal de nível médio, higiene bucal, planejamento familiar e vacinação.

A criação do PAB representou um aporte adicional de R\$ 270 milhões anuais para 1.943 municípios, onde moram 40 milhões de pessoas e que, antes, aplicavam na atenção básica em média R\$ 3,33 por habitante/ano. Em outras palavras, os recursos triplicaram. Ao final de 1999, eram 5.341 os municípios habilitados a receberem o PAB, o que significa recursos federais de R\$ 1,6 bilhão por ano.



*Recursos destinados  
à vacinação – 1996 e 1999*  
R\$ bilhões



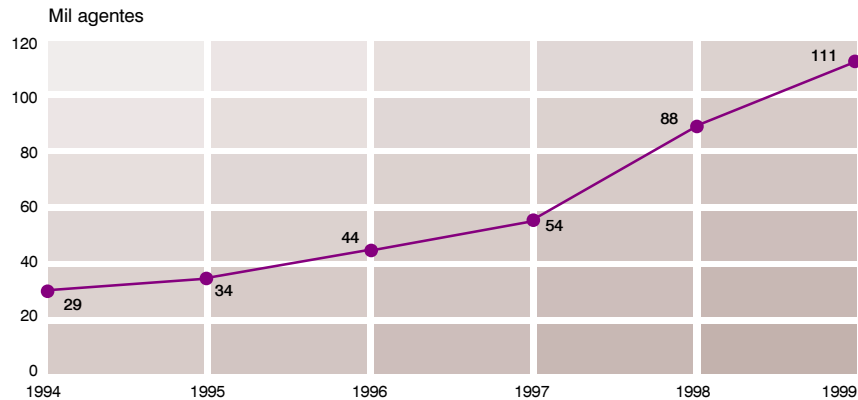
Os outros dois instrumentos fundamentais da nova política de atenção à saúde são os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Saúde da Família (PSF). O primeiro deles está consolidado, graças à prioridade a ele conferida pelo Ministério da Saúde nos últimos dois anos. O Ministério incentiva a contratação de agentes, pessoas da própria comunidade, que, mediante visitas domiciliares, são responsáveis pelo fornecimento de orientação,

identificação de problemas e acompanhamento de procedimentos de saúde. O número de agentes mais que triplicou, passando de 29 mil em 1994 para 111 mil em dezembro de 1999, prestando assistência a 64 milhões de pessoas em 4.052 municípios.

Ao trabalho preventivo dos agentes soma-se a ação do Programa Saúde da Família, cujas equipes são formadas por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e até seis agentes comunitários. Cada equipe é responsável pelo atendimento de, em média, 860 famílias da comunidade em que se instala, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. É um trabalho fundamental para reduzir a demanda por hospitais. O número de equipes do Saúde da Família cresceu mais de quinze vezes: de apenas 328 em 1994, para 4.945 em dezembro de 1999, prestando assistência a mais de 17 milhões de pessoas em 1.870 municípios.

***A*** *Atualmente, são 5.257 os municípios habilitados na gestão plena de atenção básica*

### Número de Agentes Comunitários de Saúde – 1994 a 1999



Com a prioridade que se deu às unidades de atendimento básico, foi necessário reestruturar o Programa Farmácia Básica, atual Programa de Assistência Farmacêutica Básica, que fornece os medicamentos mais utilizados nos postos de saúde. O Programa atendia a uma população de 35 milhões de pessoas nos municípios com menos de 21 mil habitantes cada. Foi estendido para todos os municípios, sem exceção, com repasse de recursos federais para os fundos estaduais e municipais de saúde, para que possam adquirir e distribuir 40 medicamentos selecionados de acordo com a realidade local. Até dezembro de 1999, os 26 estados, o Distrito Federal e 5.367 municípios haviam aderido ao programa, complementando os recursos com contrapartidas estaduais e municipais.

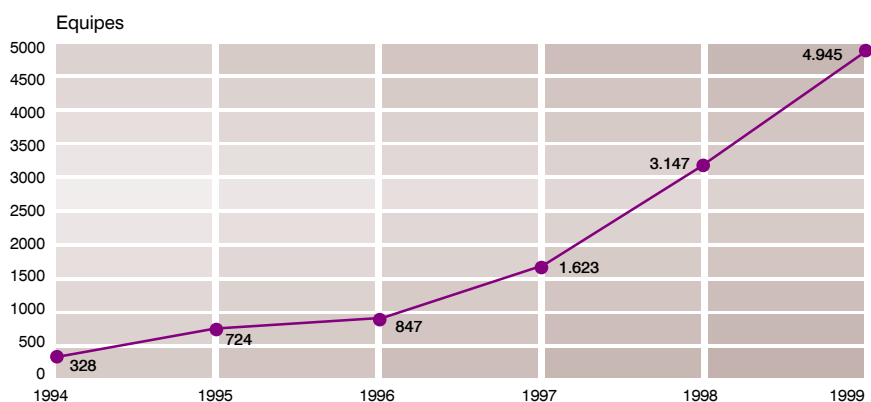
Outra ação fundamental, dentro dessa nova filosofia, foi a criação do Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN). Ele garante recursos para compra e distribuição de leite a cada criança, de 6 a 23 meses de idade, em risco nutricional. Dependendo do plano de ação municipal, o programa é ampliado em até 50% para gestantes e crianças em outras idades. A meta para o ano 2000 é o atendimento de 922 mil pessoas. Em dezembro de 1999 haviam 4.792 municípios participando do programa e atendendo 850 mil pessoas – 566 mil crianças de 6 a 23 meses e 284 mil em outras faixas de idade. O Ministério da Saúde também desenvolve ações de combate à deficiência de vitamina A e ferro, principalmente no Nordeste e no Vale do Jequitinhonha.

## Outra ação fundamental, dentro dessa nova filosofia, foi a criação do Programa de Combate à Desnutrição e às Carências Nutricionais

Por fim, é importante registrar que o Programa Nacional de Imunização teve seus recursos praticamente dobrados, visando introduzir novas vacinas, para a prevenção de:

- gripe – vacina contra *influenza* para atendimento de 9 milhões de idosos acima de 65 anos;
- pneumonia – vacina pneumococo para atendimento de 1,6 milhão de idosos acima de 65 anos que vivem em casas geriátricas;
- rubéola e sarampo – vacina dupla viral destinada, prioritariamente, a mulheres férteis de 12 a 49 anos de idade;
- hepatite B – para menores de dois anos em todo o país e menores de 15 anos em áreas endêmicas, como a Amazônia Legal, Santa Catarina,

Número de Equipes do Saúde da Família – 1994 a 1999



Distrito Federal, e a profissionais de áreas de risco, imunizando 17 milhões de pessoas;

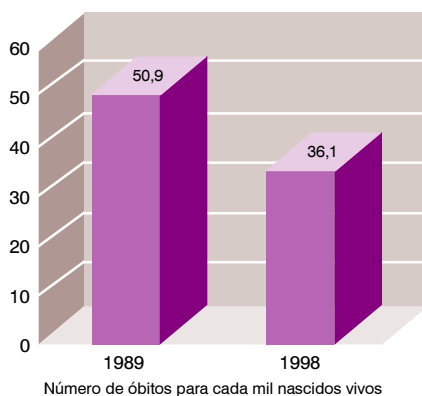
- e) meningite – vacina *haemophilus influenza B*, para 6,3 milhões de crianças de até dois anos de idade; e
- f) difteria e tétano – vacina também destinada ao atendimento de 9 milhões de idosos acima dos 65 anos.

Em linhas gerais, estão expostas a filosofia e as principais ações do Ministério da Saúde, em conjunto com as secretarias estaduais e municipais. Os resultados da prioridade que se conferiu ao atendimento básico nos anos recentes já são visíveis e merecem ser mencionados. O mais importante foi o progresso alcançado na redução da mortalidade de menores de um ano. Entre 1989 e 1998, essa mortalidade caiu de 50,9 para 36,1 por mil nascidos vivos, ou seja: uma queda de 29,1% em nove anos. Foram 230 mil vidas salvas nesse período.

Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde mostrou que, durante a década de 90, diminuiu consideravelmente o número de municípios e microrregiões com mortalidade infantil superior a 80 óbitos por mil nascidos vivos. Eles estão localizados concentradamente no Nordeste. Ao mesmo tempo, cresceu consideravelmente o número de microrregiões e municípios com índice de mortalidade inferior a 20 por mil nascidos vivos. Antes, eles concentravam-se em São Paulo e Rio

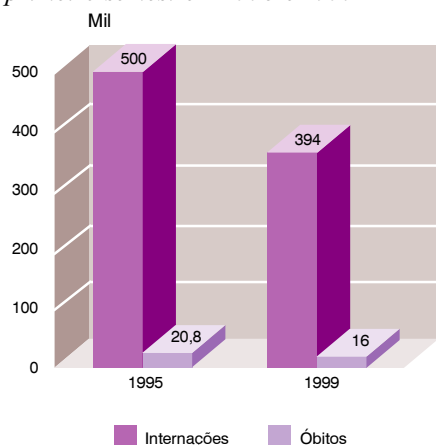
Grande do Sul e agora espalham-se também por Santa Catarina, Paraná, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Minas Gerais.

*Taxa de mortalidade de menores de um ano – 1989 e 1998*



Esse progresso resulta da prioridade que se deu, nos últimos quatro anos, ao combate às doenças diarreicas, às doenças imunopreviníveis, às pneumonias e à desnutrição. Em 1995, foi criado o Projeto de Redução da Mortalidade na Infância (PRMI), que dirigiu aos municípios mais carentes ações de imunização, saneamento, nutrição, assistência à saúde da mulher e da criança,

*Número de internações e óbitos de crianças menores de um ano no primeiro semestre – 1995 e 1999*



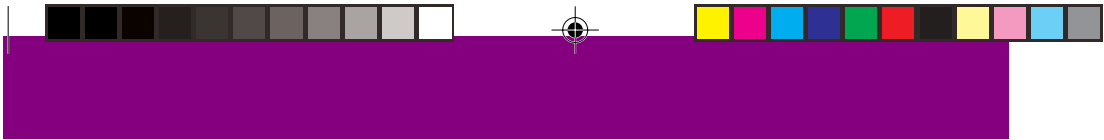
além de promover a implantação dos Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família.

O avanço também pode ser medido pelo número de internações e óbitos, no SUS, de crianças menores de um ano: entre os primeiros semestres de 1995 e 1999, as internações caíram de 500 mil para 394 mil e os óbitos caíram de 20,8 mil para 16 mil. Nos dois casos, a queda no número de ocorrências é superior a 21%, o que se traduz em menos doença e mais vida. Os resultados mais expressivos foram

exatamente em relação às causas de mortalidade mais combatidas pelos programas do Ministério da Saúde: doenças diarreicas, que registraram queda de 40% nas internações e de 57% como causa de óbitos; e deficiências nutricionais, com quedas de 45% e 55%, respectivamente.

Há outros indicadores importantes do avanço da atenção básica:

- o número de exames de pré-natal realizados pelo SUS passou de 2,8 milhões em 1995 para 7,6 milhões em 1998, mas pretende-se dobrar esse número até 2002;
- nesse mesmo período, o número de consultas médicas em pediatria passou de 36 milhões para 37,6 milhões;
- o número de consultas médicas em ginecologia passou de 7,6 milhões em 1995 para 13,1 milhões, crescendo 72% em 1998;
- a ampliação da cobertura vacinal tornou-se mais homogênea em todo o território nacional. Para



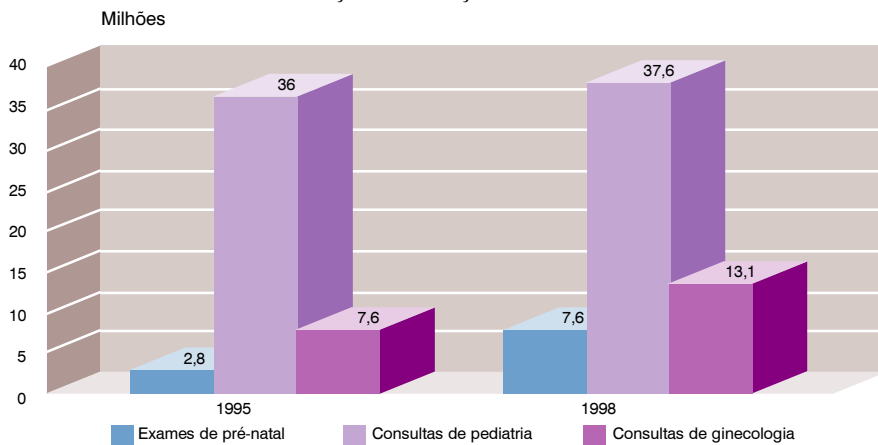
citar apenas o caso da campanha contra a poliomielite, o número de municípios que alcançou cobertura igual ou superior a 90% saltou de 3.260 para 4.762 entre 1994 e 1998. Ou seja: mais 1.502 municípios passaram a dar o que tecnicamente se considera uma ampla cobertura vacinal.




As perspectivas para os próximos anos são de um aprofundamento radical nessa filosofia. Todos os municípios deverão estar habilitados para receber os recursos do Programa de Assistência Farmacêutica Básica e do Programa de Combate às Carências Nutricionais. Os municípios também poderão ampliar consideravelmente os Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família, uma vez que as metas para 2002 são, respectivamente, de 150 mil agentes e 20 mil equipes.

Para o ano 2000, a proposta orçamentária do Governo prevê que as ações de atenção básica contarão com R\$ 2,8 bilhões. Desse total, R\$ 680 milhões serão para incentivar que se alcance a meta de 10 mil equipes do Saúde da Família, atendendo 34,5 milhões de pessoas, cerca de 20% da população brasileira.

Promover a saúde, prevenindo a doença, é a melhor maneira de reduzir a demanda por hospitais. Os números e a melhor qualidade de vida da população assistida estão demonstrando o acerto dessa estratégia.


#### *Números indicadores da evolução da atenção básica - 1995 e 1998*






# Atenção básica: financiamento, descentralização e equidade\*

Barjas Negri *Secretário-Executivo do Ministério da Saúde*



O Ministério da Saúde, na gestão do Presidente Fernando Henrique Cardoso, tornou efetiva a prioridade para a atenção básica em saúde: aportou mais recursos, vem implementando a descentralização e promovendo a equidade.



Até 1997, os principais procedimentos da assistência básica prestados nos municípios eram financiados pelo Ministério da Saúde através do pagamento direto aos prestadores de serviços. Isto é, os municípios faturavam e o Fundo Nacional de Saúde pagava os serviços executados: consultas médicas gerais, exames de

\* Publicado na Revista Saúde da Família, novembro de 1999, p. 10 e 11, Ministério da Saúde, Brasília (dados atualizados para dezembro de 1999).

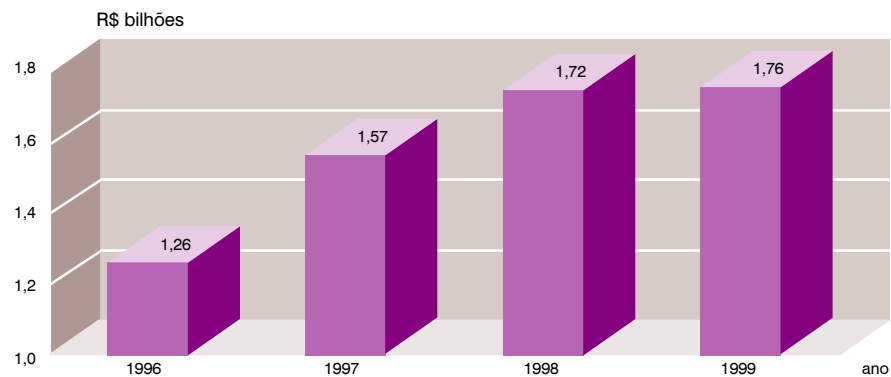
*O repasse mensal de recursos permite que o gestor municipal possa responsabilizar-se pela prestação de serviços e efetivamente desempenhar o papel de gestor*

pré-natal, visitas de agentes comunitários de saúde, atendimentos de enfermagem, aplicação de vacinas, atendimentos odontológicos simples, entre outros.




No ano de 1996, o total dos valores faturados para o conjunto de procedimentos ambulatoriais básicos foi de R\$ 1,257 bilhão. Isso representava um valor de R\$ 8,00 por habitante ao ano, com grande desigualdade entre os municípios: 1.943 municípios faturavam até R\$ 5,00 por habitante/ano, com média de R\$ 3,33, enquanto 269 faturavam uma média de R\$ 22,00 por habitante/ano. Em dez estados brasileiros, mais da metade de seus municípios faturaram menos de R\$ 5,00 per capita, cinco deles da Região Norte e outros três da Região Nordeste.

A partir de 1998, essa lógica foi modificada. Criou-se o Piso de Atenção Básica (PAB), garantindo, para financiamento do conjunto de procedimentos básicos, o valor mínimo anual per capita de R\$ 10,00. Em 1996, ano utilizado como base para definição dos novos valores do PAB, o Paraná, estado com maior gasto com procedimentos básicos por habitante, aplicava R\$ 11,29. Esse valor é equivalente a 133% do per capita do estado com menor gasto, o Espírito Santo, com R\$ 4,84. A partir da implantação dessa nova sistemática de distribuição de recursos, essa relação entre o maior e o menor valor per capita caiu para 25%.

*Evolução dos recursos anuais destinados aos procedimentos do Piso de Atenção Básica (PAB) – Brasil – 1996 a 1999*







***E**stão destinados ao PAB recursos anuais da ordem de R\$ 1,759 bilhão, um crescimento de 40% sobre o faturamento de 1996*

Mais que um volume mínimo de recursos, garantiu-se também o repasse mensal, regular e automático diretamente ao fundo municipal de saúde. Isso permite que o gestor municipal possa responsabilizar-se pela prestação de serviços e efetivamente desempenhar o papel de gestor.

Os recursos destinados ao PAB vêm crescendo ano a ano. Além dos recursos adicionais alocados para o estabelecimento do valor per capita mínimo, seu total vem sendo corrigido de modo a contemplar a evolução do número de habitantes. Atualmente, estão destinados ao PAB recursos anuais da ordem de R\$ 1,759 bilhão, um crescimento de 40% sobre o faturamento de 1996.

O município participante do PAB também pode candidatar-se a outros recursos destinados a cinco programas prioritários de atenção básica: Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Saúde da Família (PSF), Combate a Carências Nutricionais (PCCN), Assistência Farmacêutica Básica e Ações Básicas de Vigilância Sanitária. A partir de agosto de 1999, o total disponível para financiamento desses cinco programas de modo descentralizado foi elevado para R\$ 750 milhões anuais.

Ações antes centralizadas em Brasília, como os convênios do Programa do Leite ou as compras de medicamentos básicos, têm agora seus recursos enviados diretamente aos fundos municipais e, quando isso não for possível ou conveniente, aos fundos estaduais de saúde. Esse é o caso do Programa de Assistência




*Distribuição percentual da população e dos recursos da atenção básica, por região*

Região	Pop.	PAB, Farmácia e Vigilância		PACS e PSF		PCCN		Total da Atenção Básica	
	em %	R\$/milhões em %		R\$/milhões em %		R\$/milhões em %		R\$/milhões em %	
Norte	7	140,1	7	40,7	11	21,2	13	202,0	8
Nordeste	28	568,9	29	187,6	49	85,7	51	842,1	34
C. Oeste	7	123,6	7	30,1	8	8,7	5	171,3	7
Sudeste	43	828,1	42	69,2	18	36,3	22	933,6	37
Sul	15	295,1	42	51,4	14	14,2	9	360,7	14
Brasil	100	1.964,8	100	379,0	100	166,1	100	2.509,8	100

Farmacêutica Básica, onde, em alguns casos, Estado e município acordam que os recursos sejam depositados no fundo estadual, de modo a facilitar o processo de aquisição de medicamentos.



Parte do conjunto de ações voltadas para a atenção básica utilizam o critério populacional para alocação de recursos, homogeneizando sua distribuição e reduzindo desigualdades. É o caso do PAB, das Ações Básicas de Vigilância Sanitária e da Assistência Farmacêutica Básica. Já os programas de Agentes Comunitários, Saúde da Família e Combate às Carências Nutricionais privilegiam as áreas mais carentes, destinando cerca de metade de seus recursos, por exemplo, para a Região Nordeste.

Um total de R\$ 2,5 bilhões anuais está destinado à transferência direta aos fundos municipais e, em menor grau, aos fundos estaduais de saúde, apenas para a atenção básica. O acesso a esses recursos e sua alocação estão baseados em critérios universais, conhecidos e transparentes. É bom lembrar que, para o recebimento destes recursos, é preciso que estejam constituídos os conselhos municipal e estadual de saúde, órgãos que possibilitam a participação da comunidade na definição e no controle de sua utilização.



A evolução do número de municípios que integram os diversos programas voltados para a atenção básica e sua distribuição equilibrada por todos os estados brasileiros demonstram o acerto dessa política e a firmeza na sua implantação.

Os municípios que recebiam recursos diretamente do Ministério da Saúde eram 144 em 1997. A nova sistemática implantada, a partir do início de 1998, mudou isso e, atualmente, estão incorporados ao PAB 5.341 municípios onde reside cerca de 93% da população brasileira.



Os recursos destinados a municípios que por qualquer razão ainda não estão incorporados ao PAB podem ser repassados ao fundo estadual correspondente. Isso ocorre com aprovação da Comissão Intergestora Tripartite e do Ministério da Saúde, obedecendo os valores mínimos por habitante. Estão nessa situação os Estados de São Paulo, Bahia, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná, Santa Catarina, Alagoas e Distrito Federal.

Nos demais programas de atenção básica, os recursos descentralizados também experimentaram um crescimento significativo em curto período de tempo.

Desde o primeiro repasse relativo ao PAB, feito pelo Fundo Nacional de Saúde, em fevereiro de 1998, o volume total destinado aos fundos municipais aumenta continuamente. O valor enviado aos municípios em setembro de 1999, para financiamento de agentes co

***A**s ações voltadas para a atenção básica utilizam o critério populacional para alocação de recursos, homogeneizando sua distribuição e reduzindo desigualdades*

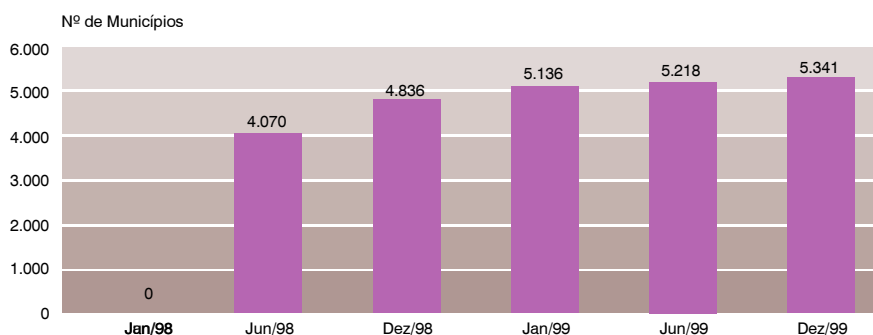
**R\$ 2,5 bilhões anuais estão destinados à transferência direta aos fundos municipais e estaduais de saúde, apenas para a atenção básica**

munitários, é quase 9 vezes maior que o de fevereiro de 1998. Para as equipes do Saúde da Família o valor é mais de 11 vezes o de fevereiro de 1998.

O Programa Saúde da Família vem recebendo, por parte do Ministério da Saúde, juntamente com a implantação de Agentes Comunitários de Saúde, especial atenção.

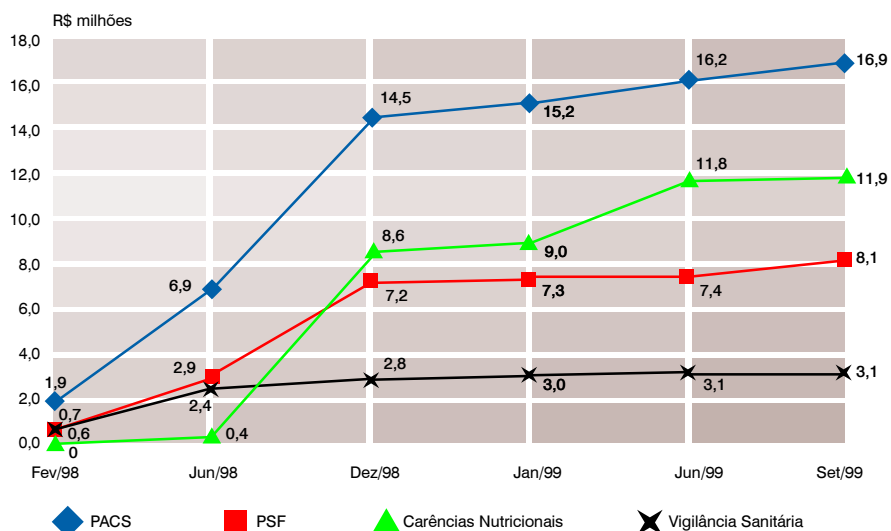
Passando a integrar a Parte Variável do PAB, esses programas experimentaram uma significativa ampliação. O número de equipes do Saúde da Família praticamente foi multiplicado por dez, entre 1994 e o primeiro semestre de 1999, e continua crescendo: hoje são quase 5.000 equipes que prestam assistência a mais de 17 milhões de pessoas, atuando em 1.870 municípios de diferentes tamanhos.

*Evolução do número de municípios habilitados a receber o PAB\*  
Janeiro de 1998 a dezembro de 1999*



\* Segundo a competência financeira

*Evolução dos recursos mensais repassados aos fundos municipais para programas selecionados – Fevereiro de 1998 a setembro de 1999*



Em 1999, o Ministério da Saúde viabilizou, para os Programas Saúde da Família e de Agentes Comunitários, um teto financeiro anual de R\$ 379 milhões. Para o ano 2000, estão previstos R\$ 680 milhões. A meta para o ano 2000 é termos 10.000 equipes trabalhando por todo o país. Para o ano 2002, queremos ter implantadas 20.000 equipes.

*O número de equipes do Saúde da Família praticamente foi multiplicado por dez, entre 1994 e o primeiro semestre de 1999, e continua crescendo*



Ministério da Saúde  
Secretaria Executiva  
Coordenação de Processo Editorial – Editora/CGDI/SAA  
SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP 71200-040  
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558  
Brasília-DF

