

Brasília, 30 de outubro de 2019.

**Exmo. Sr.  
Ministro de Estado da Saúde  
Dr. Henrique Mandetta  
Brasília-DF**

Senhor Ministro,

As entidades do movimento da reforma sanitária, signatárias deste documento, tendo em mente seus compromissos com a sociedade, vem externar suas preocupações no que diz respeito às discussões que vêm ocorrendo entre o Ministério da Saúde, os estados e os municípios, quanto à proposta de mudança na forma de financiamento da atenção primária em saúde.

Sendo a atenção primária em saúde a matriz central do SUS, qualquer alteração no seu financiamento, em especial quando pode ameaçar sua **sustentabilidade**, causa preocupação e deve ter ampla discussão social no sentido da diretriz constitucional da participação da comunidade (inciso III, artigo 198 CF) - dentro do espírito de grandeza e consenso que deve orientar os defensores do SUS e da seguridade social.

Nesse sentido tem sido objeto de preocupação vários fatores:

a) a forma como vem se dando a discussão do tema, pelo fato de não haver documento formal do Ministério da Saúde, como de praxe na Administração Pública, para que se possa analisar as propostas de mudança, de modo claro e transparente e melhor compreendê-las, sem equívocos, firmando um posicionamento técnico-sanitário. O que se conhece são *power points* apresentados por autoridades do MS;

b) por sua vez, a falta de documento formal propondo a nova política de financiamento inibe a participação da comunidade e pode gerar equívocos que podem ser irreversíveis;

c) a nova forma de financiamento da atenção primária em saúde deve ainda observar os critérios de rateio dos recursos da União para os demais entes federativos, em razão do disposto no art. 17 da Lei Complementar n. 141, de 2012;

d) os critérios referidos, que devem ter a sua metodologia de rateio pactuada na CIT e aprovada no Conselho Nacional de Saúde, apontam para três eixos que devem compreender (i) as necessidades de saúde dos entes federativos em sua dimensão epidemiológica, socioeconômica, geográfica e demográfica no sentido de se promover equidade federativa; (ii) a sustentabilidade financeira para a rede de serviços de saúde; e (iii) o desempenho dos serviços do ano anterior, requerendo a sua permanente avaliação;

e) o critério relacionado às necessidades de saúde sob as quatro dimensões acima apontadas, como forma de compensar as assimetrias federativas, requer que parcela dos recursos sejam rateados de modo a diminuir as desigualdades regionais, o que não pode compadecer de modelos que somente atendam ao repasse por realização concreta de serviços, dada a necessidade de diminuição dessas desigualdades para a melhoria da saúde e cumprimento da lei;

f) o conteúdo do art. 17 da Lei 141 estabelece uma lógica de repasse não segmentada, devendo atender desigualdades regionais, envolvendo uma alocação de recursos que contemple todos os níveis de atenção à saúde e não apenas o foco em um nível de atenção à saúde, como a primária;

g) o papel da atenção primária como serviço que deve prioritariamente prevenir e promover a saúde das pessoas, para atender o princípio da segurança sanitária, que é a prevenção de riscos (art. 196 CF), não pode centrar-se tão somente em público previamente cadastrado, devendo, sim, ter como meta, a adoção de estratégias que permitam que toda a população municipal se sintam pertencentes e partícipes do cuidado coletivo e individual da saúde, num compromisso coletivo e democrático entre a sociedade e o Estado;

h) a ideia de centrar na “pessoa” cadastrada distancia-se da adoção de uma *proxy* de necessidades que permita dimensionar desigualdades relativas entre condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas e geográficas das populações, como um todo, dos distintos municípios brasileiros, conforme preconiza a Lei 141 que busca reforçar a política pública de saúde no sentido do direito universal;

i) considerando que o SUS é subfinanciado, não havendo, pois, recursos sobrando em nenhum serviço, ainda que a gestão possa e deva ser aperfeiçoada, não se pode pensar em diminuição de recursos, seja a partir de que ano for e em qualquer área do MS, uma vez que os entes mais sobrecarregados com a saúde são os municípios e eles não suportarão nenhuma forma de redução de seus recursos, fato que viola o princípio do não haver retrocesso no custeio de direitos fundamentais;

j) em tese, a nova política de financiamento da atenção primária será executada em 2020, ano de eleições municipais. De modo que, se o critério de repasse dos recursos aos gestores da saúde não for objetivo, transparente e impessoal, poderá haver riscos de cooptação política, e devemos evitar toda forma de clientelismo.

Nesse sentido, vimos requerer a V. Exa. a apresentação de documentação formalizada sobre a proposta de novo financiamento da atenção primária para que as entidades signatárias, que historicamente fizeram e fazem parte da construção do SUS, possam se expressar legitimamente no sentido da construção conjunta entre o Estado e a sociedade, fortalecendo a transparência e o diálogo na defesa de um SUS público e de qualidade para todos os brasileiros.

Atenciosamente,

*Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABrES*  
*Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN*  
*Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA*  
*Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO*  
*Associação Paulista de Saúde Pública – APSP*  
*Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES*  
*Frente Nacional contra a Privatização da Saúde – FNPS*  
*Instituto de Direito Sanitário Aplicado – IDISA*  
*Rede de Médicas e Médicos Populares – RMMP*