



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

FABIANA PINTO FERNANDES

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL:
Da redemocratização a pandemia de Covid-19

Rio de Janeiro

2021

FABIANA PINTO FERNANDES

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL:
Da redemocratização a pandemia de Covid-19

Monografia apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti

Rio de Janeiro

2021

FOLHA DE APROVAÇÃO

FABIANA PINTO FERNANDES

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL:

Da redemocratização a pandemia de Covid-19

Monografia apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 13 de agosto de 2021.

Prof^ª. Dr^ª. Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti (Orientadora)

IESC/UFRJ

Prof. Dr. Artur Monte Cardoso

IESC/UFRJ

Prof. Dr. Paulo Xavier de Mendonça

IESC/UFRJ

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, em primeiro lugar, a todas e todos os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), desde funcionárias de serviços gerais, até médicas das Unidades de Terapia Intensiva, passando por Agentes Comunitários de Saúde e Enfermeiras da Atenção Primária à Saúde e Gestores que ao longo deste trágico período da história que vivemos, perderam suas vidas na exaustiva luta contra a pandemia de Covid-19 no Brasil.

Aos funcionários da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em especial do Instituto de Nutrição, que foi meu ponto de partida nessa intensa jornada acadêmica e do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, que com muito afeto e como uma grande família, mesmo em meio a greves e inúmeras tentativas de enfraquecimento do ensino público superior no Brasil seguiram trabalhando para que nossas atividades de ensino e pesquisa não parassem.

Aos funcionários da Fundação Oswaldo Cruz, em especial da Casa de Oswaldo Cruz, do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria e do Instituto Fernandes Figueira, que hoje posso dizer que foi meu segundo espaço de formação durante esses anos de graduação em Saúde Coletiva.

A todos profissionais envolvidos no Programa de Educação Pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que me permitiram enxergar a Atenção Primária à Saúde para além de uma política ou uma teoria, mas sim um sentido para vida de muitas pessoas.

Aos funcionários incansáveis da Clínica da Família Felipe Cardoso, em especial a dentista Rachel, por sua paciência e atenção em meu processo de aprendizagem.

Ao meu pai, Luiz Antônio e minha mãe Glória Maria, por todo o amor, afeto e apoio incondicional ao longo de toda minha vida, e por sempre acreditarem em meu potencial e fazerem do impossível para que meus sonhos se concretizassem.

Às minhas irmãs Ana Carolina e Ana Cristina por toda uma vida de amizade, amor e apoio. Ter vocês nessa trajetória foi fundamental.

À minha avó Maria de Lourdes, meu avô, Francisco (*in memoriam*) e minha tia Luciana por também constituírem a base familiar que me permitiram chegar até aqui.

À Gabriel, por todo diálogo, cuidado e amor incondicional ao longo de todos esses anos de estudo, e em especial, nesta reta final pandêmica.

Aos meus colegas de graduação de Saúde Coletiva, amigas, amigos e às mais de 150 pessoas, algumas dessas que jamais conheci, mas que em 2018 formaram uma rede de solidariedade e tornaram possível minha participação na maior conferência da Organização Mundial da Saúde sobre Atenção Primária à Saúde, tema deste trabalho.

A minha orientadora, Maria de Lourdes por todo cuidado e atenção durante esse conturbado período de conclusão de curso e por sempre, em todos os momentos da minha trajetória acadêmica ter um olhar generoso comigo e meu trabalho.

Ao meu orientador, Carlos Paiva e todos as companheiras e companheiros do Observatório História e Saúde, em especial, Gabrielle Oliveira, Fernando Pires-Alves e Vanessa Nolasco, todos pesquisadores essenciais na minha trajetória. Agradeço por despertar meu interesse pelo tema de Atenção Primária à Saúde e por me fazer desenvolver um pensamento crítico ao longo da graduação e saber que poderia sempre dar meu melhor. Sem todos os anos de orientação e pesquisa como PIBIC na Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz) este trabalho não seria possível.

À Corina Mendes, do Instituto Fernandes Figueira - Fiocruz, por ter sido não apenas uma verdadeira mentora no último ano, mas também uma amiga que me mostrou um novo sentido para o trabalho de pesquisa e ativismo pelos direitos das mulheres e pela Justiça Reprodutiva, tornando possível a interseção do tema de atenção primária à saúde e meu ativismo.

À Taís, pela amizade ao longo dos anos e todas as trocas que me permitiram crescer e enxergar o mundo com mais poesia e afeto. À Brena não apenas pela amizade mas por ter sido a pessoa que me falou, em 2016 sobre um curso de graduação em Saúde Coletiva e que me inspirou a reimaginar meu caminho na universidade em um momento de grande confusão interna, à Thais por todas as escutas atenciosas e trocas ao longo dos anos.

À Bárbara, pela amizade, companheirismo e anos de confiança e cumplicidade que foram essenciais em cada etapa da minha vida acadêmica e minha vida como um todo.

Ao movimento Mulheres Negras Decidem e as amigas Carol, Gabriele, Juliana, Magda, Joyce, Laura e Tainah, que desde 2018, se tornaram não apenas companheiras de luta política por justiça racial, mas me permitiram enxergar o mundo com mais esperança e vislumbrar um futuro em que mulheres negras pensam e realizam seus sonhos. Por todas as trocas, aprendizados e risadas, eu agradeço.

Ao Instituto Marielle Franco e à minha equipe Marcelle, Anielle, Luna, Rafael e Mayara que nos últimos meses dividiram angústias, bem como conquistas, sempre com a mesma intensidade. Sem o apoio do Instituto Marielle Franco e sem vocês nesses últimos meses durante esta pandemia, seria mais difícil chegar até aqui.

À Marielle Franco (*in memoriam*), defensora de direitos humanos e vereadora que teve sua vida retirada no meio dessa minha trajetória acadêmica, e que seguiu inspirando a mim e tantas mulheres negras com suas lutas.

À todas as mulheres negras que vieram antes de mim e pavimentaram o caminho para que fosse possível eu, mulher negra, defensora do SUS e militante antirracista me tornar bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A ordem é ninguém passar fome

Progresso é o povo feliz.

Movimento dos Trabalhadores Sem Terra

RESUMO

FERNANDES, Fabiana Pinto. **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: da redemocratização a pandemia de Covid-19. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

A pandemia de Covid-19 trouxe novos desafios para o já subfinanciado Sistema Único de Saúde e os serviços de atenção primária à saúde existentes, ao mesmo tempo, trouxe oportunidades para uma ressignificação do sentido e importância da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para o funcionamento adequado do SUS. O presente trabalho apresenta e analisa os acontecimentos em torno da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, a fim de introduzir narrativas capazes de contribuir para futuras análises sobre os processos de formulação e implementação da PNAB no SUS, bem como discutir as contribuições que a APS pode fornecer para a organização do SUS, como um sistema de saúde verdadeiramente equânime, integral e de todas e todos.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Saúde pública. Saúde coletiva. Atenção Básica.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Comparativo entre a PNAB de 2011 e a PNAB 2017 segundo eixos temáticos ...	42
Quadro 2 - Campos de atuação da atenção primária à saúde na rede de enfrentamento à pandemia de Covid-19.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AISA	Assessoria de Assuntos Internacionais da Saúde
BM	Banco Mundial
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
eqAB	Equipe de Atenção Básica
eqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PSL	Partido Social Liberal
PSDB	Partido da Social-Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PREVSAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNUD	Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade
PMM	Programa Mais Médicos
PSE	Programa Saúde na Escola

PNSB	Programa Nacional de Saúde Bucal
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PAB	Piso da Atenção Básica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UHC	Universal Health Coverage
UHS	Universal Health System
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVOS	13
1.1.1 Objetivo Geral	13
1.1.2 Objetivos Específicos	13
1.2 JUSTIFICATIVA	14
1.3 METODOLOGIA.....	14
2 A CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL EM PERSPECTIVA HISTÓRICA (1979 - 1994)	16
2.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO POLÍTICA PRIORITÁRIA NO SUS.....	23
2.1.1 Aprimoramento da Atenção Primária à Saúde e fortalecimento do SUS	28
<i>2.1.1.1 Contribuições do debate internacional para a disputa no campo da atenção primária à saúde.....</i>	<i>34</i>
3 O SUS SOB ATAQUE: A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA NA MIRA DOS GOVERNOS TEMER E BOLSONARO	41
3.1 COVID-19 E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERSPECTIVAS DE UM FUTURO INCERTO E OS DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MEIO A CRISE SANITÁRIA, SOCIAL E POLÍTICA NO BRASIL.....	47
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS	52

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se tanto como um nível de assistência à saúde, quanto como uma estratégia de organização das ações voltadas para a promoção, para a proteção, para a prevenção de agravos, para o diagnóstico, para o tratamento, para a reabilitação e para a manutenção da saúde. Orientada por muitos princípios — como a universalidade, a acessibilidade e a coordenação do cuidado, o vínculo e a continuidade, a integralidade, a equidade e a participação social — a APS tem origens múltiplas sendo, no Brasil, tais engendramentos relacionados a experiências que antecedem a formulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006.

Em 2017, a nova PNAB trouxe mudanças e atrasos relevantes, promovendo uma instabilidade no compromisso da Política com diretrizes fundantes do SUS e da APS no Brasil, a exemplo da universalidade e da integralidade. A relativização da cobertura populacional, que passou a permitir arranjos de adscrição com parâmetros populacionais discrepantes e a permissão para a adoção de um modelo de atenção diferente da Estratégia Saúde da Família (ESF), como a equipe de Atenção Básica (eqAB), enfraquece o modelo assistencial preconizado até então, ao não exigir, por exemplo, a obrigatoriedade de um Agente Comunitário de Saúde (ACS) em sua composição, e uma carga horária mínima de dez horas, tornando quase impossível a possibilidade de criação de vínculo entre profissionais de saúde e usuários (FERNANDES; ORTEGA, 2020).

Essas e mais uma série de mudanças no que diz respeito ao financiamento, ou composição de equipes que ocorreram desde 2016, colocaram a política que se propunha a estruturar o Sistema Único de Saúde (SUS) em uma situação nunca vista desde sua criação, em 2006. Associado a isso, o início da pandemia de Covid-19 apenas tornou ainda mais crítica a situação dos serviços de APS que já se encontravam em situação de escassez e relativização de sua importância.

Em um primeiro momento, e até o início da vacinação contra Covid-19, o Brasil e diversos países do mundo centraram seus esforços nos serviços hospitalares com estratégias de ampliação de leitos, em especial de unidades de tratamento intensivo, deixando em segundo plano unidades de saúde que poderiam ter sido fortes aliadas e contribuído para salvar vidas e reduzir os impactos sociais e econômicos causados pela pandemia (MEDINA *et al.*, 2020).

Por não se tratar de uma política que surge em 2006, mas sim que se consolida neste ano, buscarei apresentar ao longo deste trabalho elementos históricos do processo que culminou na política de atenção primária à saúde que temos hoje e discutir os recentes

acontecimentos no campo da política de saúde, até os dias atuais. Ainda que existam diferentes formas de se organizar como modelo de atenção, diante de distintas necessidades de saúde de populações específicas, a APS vem se mostrando cada dia mais eficiente, como uma estratégia para prevenção de agravos em saúde, e por isso, uma análise de sua constituição recente no âmbito do SUS se faz oportuna, frente o cenário de incertezas sobre futuras novas pandemias que podemos viver.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar, em perspectiva histórica, o processo de formulação da primeira Política Nacional de Atenção Básica no Brasil (PNAB) e apresentar caminhos futuros possíveis para o funcionamento adequado da PNAB e pós-pandemia de Covid-19.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar os principais marcos doutrinários e propostas organizacionais para a Atenção Primária à Saúde no Brasil, em suas diferentes conexões com experiências embrionárias desenvolvidas em âmbito local no campo de políticas públicas;
- Identificar e descrever conexões entre os principais atores-chave que contribuíram para o processo de construção da Política Nacional de Atenção Básica;
- Descrever as principais mudanças ocorridas na Política Nacional de Atenção Básica ao longo dos anos e seus impactos no funcionamento da Atenção Primária à Saúde hoje;
- Apresentar os impactos da pandemia de Covid-19 na Atenção Primária à Saúde e traçar caminhos futuros possíveis para o funcionamento adequado da maior política do SUS.

1.2 JUSTIFICATIVA

Ainda que de forma crescente, é recente o interesse de sanitaristas na construção de análises em perspectiva histórica dos processos que culminaram na criação de importantes políticas do nosso Sistema Único de Saúde (SUS), como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Há, sob esse ponto de vista, algum ineditismo na tarefa de compreender não só o SUS, mas especialmente uma de suas políticas mais basilares: a PNAB, como fruto de um complexo processo histórico que envolveu os mais diversos atores sociais e diferentes tradições de arranjos institucionais e práticas profissionais. Compreender, portanto, os processos históricos que culminaram na conformação de uma política específica para a APS podem se apresentar, como uma forma de trazer luzes sobre processos políticos e institucionais duradouros ou estruturantes no arranjo da política, seja para melhor aquilatar tendências e orientações positivas para o setor, seja para melhor visualizar possíveis orientações políticas que produzem obstáculos para a operação da PNAB.

Já no início de 2020, com a ocorrência da pandemia de Covid-19 e a sobrecarga que o Sistema Único de Saúde (SUS) sofreu, mais uma vez vemos a Atenção Primária à Saúde, parte do nosso sistema que está comumente mais próximo da população, sob prova. Ao mesmo tempo, enxergamos de forma dura os resultados dos últimos anos de desmonte do que é o maior sistema de saúde pública do mundo.

Enquanto os trabalhadores das redes locais de saúde ao redor do mundo atuam no sentido de monitorar casos suspeitos e confirmados de Covid-19 e frear o que foi, e ainda está sendo, a maior pandemia da história, no Brasil, nossos trabalhadores se preocupavam com seus direitos mais básicos e atendiam, mesmo que em situação precária e colocando suas vidas em risco, à milhares de usuários do SUS. Agora, repensar o papel da APS na rede de atenção à saúde do SUS se faz não apenas oportuno, como necessário e urgente.

1.3 METODOLOGIA

O trabalho consistiu na busca por documentos que trouxessem narrativas relativas ao processo histórico acerca do período de interesse. Os documentos analisados são de natureza diversa contendo, inclusive, memorandos e comunicações internas estabelecidas por atores que exerceram cargos de gestão ou de coordenação de projetos no âmbito do Ministério da Saúde (MS), das Secretarias de Saúde e de outras instituições entre os anos de 1988 a 2006. Foi possível identificar, a partir de uma leitura atenta dos documentos, como se pretendia

organizar as políticas de saúde e serviços no período, além dos atores envolvidos nesses processos de negociação. Tal etapa subsidiou a seleção dos atores que, no âmbito do projeto “História da Atenção Primária à Saúde no Brasil” concederam depoimentos hoje reunidos no Acervo de História Oral do Observatório História e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/MS).

O trabalho de Paiva *et al.*, (2019), com o qual colaborei nos últimos anos, também forneceu elementos para a compreensão das tensões existentes entre os diversos setores da sociedade que estiveram envolvidos na construção das primeiras políticas de APS do Brasil e em sua operacionalização no Estado do Rio de Janeiro. A análise das entrevistas realizadas para a pesquisa “História da Atenção Primária à Saúde no Brasil” da qual participei durante todos os anos de graduação como estagiária de iniciação científica do Observatório História e Saúde contribuiu, também, para uma leitura mais apurada das disputas que ocorriam internamente nos setores que colaboraram para a construção da primeira PNAB, tornando mais nítidas as perspectivas quanto a esse percurso histórico.

Em termos operacionais, para tratar do eixo principal deste trabalho foi feito o levantamento, sistematização e análise de fontes primárias e secundárias disponíveis nos Fundos do Acervo do Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz para a construção da primeira parte do trabalho com uma discussão histórica, e foram consultadas e analisados trabalhos de bases de dados da Scielo, LILACS, do Ministério da Saúde, da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/OMS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em um segundo momento, a fim de dar conta da pandemia que atingiu todo o mundo a partir dos primeiros meses de 2020, foram analisados artigos científicos, artigos de opinião, documentos normativos do Ministério da Saúde e reportagens jornalísticas que abordam a atual situação dos serviços de Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de Covid-19, bem como seus limites e potencialidades no enfrentamento desta doença no SUS.

2 A CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL EM PERSPECTIVA HISTÓRICA (1979 - 1994)

A articulação de pessoas e instituições com vistas ao restabelecimento da democracia e a efetivação do direito à saúde; a expectativa de implantação do que seria a primeira política nacional para a Atenção Primária à Saúde (APS)¹, com o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsauúde) por fim, os esforços, em boa parte bem-sucedidos, para a implantação de um renovado sistema de saúde dão a medida das imensas expectativas de mudanças, capazes de mobilizar os mais diversos atores sociais no correr da década de 1980. Trata-se de um período marcado por mudanças no executivo, ajustes estruturais na economia que visavam a diminuição do papel do Estado e o incentivo ao mercado como estruturante do capital, que foram determinantes no delineamento das políticas adotadas nesse período.

No setor saúde, as consequências das lutas do Movimento pela Reforma Sanitária começavam a aparecer, uma vez que os embates envolvendo a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e a participação e controle social ganhavam destaque, contexto em que a APS passou a figurar como modelo de atenção à saúde. No Brasil, até meados da década de 1970, algumas experiências locais como Montes Claros, Paulínia, Campinas, Londrina, Niterói, Vitória de Santo Antão, Planaltina e Sobral se mostravam consolidadas e iam ao encontro dos ideais propostos em Alma-Ata² e contribuíram para o Movimento da Reforma Sanitária nas experimentações, que mais tarde serviram de base para os debates acerca da formulação dos princípios doutrinários e organizativos do SUS.

O acúmulo gerado por essas experiências combinado com o processo de consolidação do sistema de saúde fez com que a APS fosse se sedimentando como uma política de saúde, processo que se deu através de incentivos a sua adoção e implementação via Normas Operacionais Básicas (91/93/96) e programas de governo (PACS, PSF, ESF), o que culminou, em 2006, na publicação da primeira PNAB.

¹ Diversos autores discutem sobre os significados dos termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica em Saúde (AB) e sua adequação ao caso brasileiro. No Brasil, o Ministério da Saúde optou pelo uso do termo AB por conta da associação da APS ao enfoque restrito e seletivo predominante nas reformas latino-americanas, o que era incompatível com as diretrizes do SUS _ A Política Nacional de Atenção Básica de 2011 considera ambos os termos como equivalentes. No presente trabalho, optou-se por utilizar a Atenção Primária à Saúde como conceito sinônimo de Atenção Básica.

² Em setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, expressava a “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo”.

Compreendendo a importância do movimento pela reforma sanitária e tomando como seu principal objetivo a institucionalização do direito à saúde, por meio de espaço na constituição brasileira, algumas questões que buscavam refletir quais seriam as estratégias para converter esse direito em serviços, programas e políticas concretas para a população, permeavam os debates do setor saúde naquele período. Nesse sentido, é possível identificar desafios, relativos à necessária programação e planejamento de ações no período inicial de vigência do SUS.

Ainda que a criação do novo sistema tenha representado um avanço para o país e uma vitória do movimento pela Reforma Sanitária, o cenário nacional não apontava, necessariamente, para um caminho desprovido de contradições, de conflitos e de retrocessos. Fernando Collor de Mello (1990-1992), o primeiro Presidente eleito por voto direto na Nova República, vetou artigos importantes da Lei Orgânica do SUS, em especial aqueles que versavam sobre descentralização, controle social e financiamento, tão caros ao movimento pela reforma sanitária no período, o que evidenciou o perfil de sua gestão que prezava por um Estado mínimo³, e assim convergia com a ideia de um sistema de saúde cujas bases se resumiram a ações voltadas para a população mais pobre.

As formas de intervenção, por sua vez, se dariam por intermédio do uso de tecnologias de baixo custo, em boa medida alinhadas com a ideia de uma APS seletiva. Há alguns relatos que versam sobre os vetos de Collor em relação à Lei Orgânica do SUS e a dificuldade para regulamentação do capítulo da saúde na Constituição. O movimento Plenária Nacional de Saúde, criado em 1987 e que perdurou por mais de dez anos, teve grande importância no processo de aprovação das leis. O movimento era composto por defensores da Reforma Sanitária (parlamentares, principalmente os remanescentes da Assembleia Constituinte, entidades sociais, centrais sindicais, entidades profissionais, partidos políticos, secretários de saúde e de assistência social) que visavam à inserção na Constituição das teses do movimento sanitário, bem como das deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

José Eri Medeiros, na época era presidente do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e defensor da reforma, relembra em uma entrevista dada a Faleiros *et al.*, (2006, p. 133) que:

³ Na contramão das expectativas, a primeira década de funcionamento do novo sistema é marcada pelos chamados “ajustes estruturais” na economia, cujo foco foi a diminuição do papel do Estado e o incentivo ao mercado como estruturante do capital e supostamente como principal ofertador de bens e serviços.

O ministro Alcení Guerra fez uma reunião no seu gabinete, chamou várias entidades da Plenária, entre elas o Conasems. Eu estava presente junto com o Eleutério e outras pessoas, e ele nos comunicou, oficialmente, que o presidente Collor vetaria todos os artigos relativos à descentralização, ao controle social e aos repasses intergovernamentais. [...] Isso foi no final de agosto, início de setembro de 1990, e logo em seguida a Lei Orgânica foi promulgada, no dia 19 de setembro.

Sobre a Lei nº 8.142, Medeiros nessa mesma entrevista relembra:

No início de novembro, no feriadão de finados, no Hotel Fenícia, o Conasems coordenou um trabalho de entidades, em nível nacional, para fazer uma nova proposta do que é hoje a Lei nº 8.142/90. Teve outros atores, mas nós jogamos pesado [...] o ministro achou que a gente ia derrubar os vetos. (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 134).

Na narrativa sobre história da saúde pública as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 podem ser consideradas como complementares, uma vez que alguns artigos vetados na Lei Orgânica foram recuperados parcial ou totalmente na legislação de dezembro de 1990. Um bom exemplo disso está relacionado ao veto de Collor ao Artigo 11 da Lei nº 8.080/90, que versava sobre as Conferências e Conselhos de Saúde, recuperado integralmente na Lei nº 8.142/90. (FALEIROS *et al.*, 2006).

Ressalta-se que a recuperação desse artigo foi importante para o processo de consolidação da atenção primária, uma vez que a participação social é um de seus pilares, e que isso conferiu à região de saúde a dimensão da territorialidade, ao passo que os colegiados gestores locais se apresentam como espaços que podem e devem orientar a promoção do cuidado e prevenção de agravos específicos de sua região, o que garante a promoção da saúde de maneira integral e equitativa, conforme preconizado pelos princípios doutrinários do SUS.

Jacinta de Fátima da Silva, na época uma das coordenadoras da Plenária Nacional de Saúde, relembra em uma entrevista dada a Faleiros *et al.*, (2006, p.134) uma reunião que aconteceu posteriormente a notícia dos vetos, em que atores da Reforma Sanitária esboçaram o que seria hoje a Lei nº 8.142/90:

Fizemos uma reunião com os deputados — Arouca, Eduardo Jorge, Raimundo Bezerra, Mosconi, Abigail Feitosa — entidades, o Conasems, representado pelo Eri Medeiros, o Cebes, a Abrasco, o Guedes [José], o Arlindo Fábio, o Eleutério, a Samara, a Luiza [Jaeger], o Costa [Francisco] e o Márcio Almeida. todas essas pessoas e outras, que não me ocorrem, participaram dessa reunião e, ao final da tarde, nós já tínhamos um esboço do que hoje é a Lei nº 8.142/90, pronta, recuperando o que o Collor havia vetado. Os parlamentares que participaram do processo encaminharam a lei, creio que no dia 16 de novembro, e no dia 28 de dezembro do mesmo ano [1990] a lei estava promulgada, isso demonstra a força do movimento social, dentro e fora do Congresso Nacional.

Outro ponto fundamental relativo ao repasse de recursos, que contribuiu para a tentativa de estabelecimento da APS no Brasil como política prioritária, está na recuperação de parte dos vetos através da formulação das Normas Operacionais Básicas (NOB).

Foi através das NOBs que a proposta para a criação do Piso Atenção Básica (PAB) Fixo e Variável se concretizou, fato importante na estruturação da APS e do SUS, uma vez que esses mecanismos viabilizaram o repasse de recursos referentes ao processo de municipalização e regionalização, que mais tarde iria influenciar na criação das futuras equipes de saúde da família. Dessa forma, apesar do contexto político desfavorável, após muitas disputas, movimentos sociais e da reforma sanitária sedimentaram sua vitória materializada na promulgação das leis nº 8.080/90 e 8.142/90 e a revogação da maioria dos vetos.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que aconteceu em Alma-Ata (Cazaquistão) no final da década de 70, teve suas recomendações disseminadas. Tais propostas, estruturadas no referido encontro, permitiram evidenciar, também em âmbito internacional, a importância das ações de saúde em nível local, com foco na APS (OMS, 1978, p. 1). Pela declaração de Alma-Ata, os chamados “cuidados primários em saúde”, antecessor do conceito de “atenção primária à saúde” com o qual trabalhamos hoje, configura-se como:

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Apresenta-se com o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde.

A fim de destacar os conflitos e tensões existentes no campo das políticas de saúde, tanto em âmbito nacional, quanto em âmbito internacional e para elucidarmos que as disputas que presenciamos hoje com relação à defesa de um modelo de “Cobertura Universal em Saúde” em contraposição a um “Sistema Universal de Saúde”, acontecem desde a década de 70. Cueto (2004) destaca que no ano seguinte à Conferência de Alma-Ata, foi realizada na Itália, a chamada Conferência de Bellagio, que ficou conhecida por contribuir para a disseminação de um modelo “seletivo” de atenção à saúde, focado na população mais pobre e comumente desenvolvido com apoio de países mais ricos e organismos internacionais como o Banco Mundial, além de instituições filantrópicas em países em desenvolvimento.

Enquanto isso, no Brasil, experiências voltadas para atender demandas emergenciais em locais vulneráveis já estavam em curso, dentre elas a do Ceará, pioneiro na institucionalização do trabalho do ACS, ganhou destaque. A origem do trabalho do ACS remete ao período de 1979 e 1986, quando os primórdios do que seria consolidado como o programa, acontecia no município de Jucás no interior do estado. Essa experiência se expandiu no ano de 1987 por cerca de 14 municípios, compondo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado para atender as necessidades de famílias e crianças que se encontravam em situação de extrema vulnerabilidade em decorrência da seca (ÁVILA, 2011).

Na época, Tasso Jereissati era o governador do estado e se opunha a ideia de pagar para que as pessoas em situação de pobreza e emergência sobrevivessem sem que ofertassem alguma contrapartida para o governo, o que na verdade correspondia a um auxílio no valor de meio salário-mínimo direcionado, quando necessário, a famílias atingidas pela seca da região. Diante disso, ele instituiu que seria preciso trabalhar para receber essa quantia, e foi assim que 6 mil mulheres do sertão cearense foram contratadas para o cargo de agentes de saúde, cujo critério de contratação era que fossem mulheres pobres, em condições de trabalhar, e também que fossem conhecidas na comunidade que residiam.

O resultado dessas medidas adotadas pelo então governador foi uma mudança na vida de muitas famílias, combinado a uma melhora nos índices de saúde do segmento materno-infantil. Além disso, viabilizou a institucionalização de uma função no âmbito da saúde, o cargo de Agente Comunitário de Saúde (ACS), que anos mais tarde ganharia força e se expandiria por todo o país. Cabe destacar que em outros momentos dessa história já existiu profissionais realizando a tarefa de visitar indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade para tratar questões de saúde, as conhecidas Visitadoras de Saúde do início do século XX, enfermeiras que buscavam através das visitas domiciliares estabelecer um vínculo com as famílias, buscando impulsionar mudanças de comportamento a partir de práticas de educação sanitária e conhecimentos de higiene, visando o controle da tuberculose (AYRES *et al.*, 2012).

Ainda em 1988 o Programa de Emergência chegou ao fim, todavia a melhora dos indicadores ajudou a dar visibilidade ao trabalho daquelas mulheres, e demonstrou que esse poderia ser um bom caminho a seguir. Nesse contexto, o governo do Ceará resolveu instituir o cargo de agentes de saúde através do Programa Agentes de Saúde (PAS), criado em janeiro de 1989, pioneiro no Brasil pelo caráter institucional e universalizado.

Com a institucionalização veio a expansão do programa e a contratação progressiva de pessoal visando garantir uma melhor cobertura dos serviços voltados para atender as necessidades básicas de saúde da população. Cabe destacar que as atribuições designadas para

o cargo de ACS contribuíram para que a APS se difundisse pelo estado do Ceará, resultando em uma mudança importante do perfil epidemiológico da região (ÁVILA, 2011).

Também na gestão de Collor, enquanto se lutava pela regulamentação do SUS, os preceitos da atenção primária em saúde davam seus primeiros passos. Em agosto de 1992 aconteceu a IX Conferência Nacional de Saúde (IX CNS), que teve sua articulação iniciada no Governo Sarney e sua realização adiada diversas vezes pelo governo Collor. Sarah Escorel, em entrevista à Faleiros *et al.*, (2006, p. 138) destaca que municípios e estados já se organizavam para o acontecimento dessa conferência desde 1990 e que a mesma acabou por acontecer em um momento chave para o impeachment do então presidente, em agosto de 1992.

A “Nona”, como ficou conhecida, tinha como tema “Municipalização é o caminho”. Para a viabilização dessa proposta foi defendido que algumas ações como a descentralização por meio de definição de políticas, estratégias, programas de cooperação técnica de apoio e o planejamento das ações municipais deveria ser feito com base em critérios epidemiológicos, de forma participativa com a cooperação técnica das instâncias estadual e federal.

Embora a realização da Conferência com a temática da municipalização tenha sido a concretização de um passo importante para as políticas de saúde, e que mais tarde auxiliaria na consolidação do modelo de atenção primária, a discussão acerca da forma como seria conduzida a implementação da municipalização não era um consenso entre os reformistas e as instituições centrais no debate para institucionalização do SUS. Enquanto alguns setores consideravam esse como um passo fundamental para a gestão participativa do Sistema de Saúde, outros argumentavam que a forma e o momento de implementação transfeririam as responsabilidades de serviços falidos para municípios e reforçavam o paradigma de um estado neoliberal.

Em um número especial da Revista Tema, publicado em novembro de 1991, essa discussão aparece de maneira mais clara. Paulo Buss, à época Diretor da ENSP, era um dos entusiastas do modelo tal como proposto na “Nona”:

Temos que considerar a tradição centralizadora dos últimos vinte anos no Brasil como uma adversária capaz de inviabilizar a democratização do sistema. Além disso, não podemos achar que o Sistema Único de Saúde se efetivará com o simples repasse dos serviços de assistência aos municípios, sem que estes tenham instrumentos componentes para geri-los, pois corremos o risco de desmoralizar a proposta de descentralização por não trazer melhorias concretas à vida do usuário. (BUSS, 1991, p. 13).

Em contrapartida, Jairnilson Paim no mesmo número defendia que:

Consequentemente, a política de "municipalização da saúde" implementada na atual conjuntura sob o pretexto do cumprimento das Leis 8080/90 e 8142/90, porém subvertendo-as mediante parafernália de portarias de legalidade e constitucionalidade discutíveis, não se coaduna com a descentralização, a integralidade, a democratização e a participação social. Por essa via, a "municipalização" não reorganiza as práticas de saúde, não viabiliza o sistema local, não resolve os problemas da população, não é solidária à Reforma Sanitária e nem se constitui em caminho para o SUS. (PAIM, 1991 p. 27).

Após a “Nona” e o impeachment de Collor, Itamar Franco assume e adota um perfil diferenciado de gestão, ampliando o diálogo com os movimentos, em especial da Reforma Sanitária, uma vez que integrantes desse movimento passaram a ocupar cargos em instâncias decisivas. Nesse período, no que tange a APS, uma importante realização foi a elaboração da Norma Operacional Básica 93 (NOB/93), na qual foram definidas as condições de gestão para municípios e estados e a institucionalização do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Relatos indicam que a NOB 01/93 foi um desdobramento de um documento elaborado na IX Conferência Nacional de Saúde, cujo nome é “Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” somado a debates que envolviam o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A principal novidade dessa norma, e única proposta implementada, foi o estabelecimento da gestão semiplena para os municípios:

A perspectiva da transferência financeira automática para os municípios em gestão semiplena foi um fator motivador para as discussões que se travaram a partir de então, sobre os critérios a serem utilizados na definição dos valores a serem transferidos para os estados e principalmente, para estes municípios. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 186).

Naquele momento e às vésperas das eleições, surge a candidatura de FHC, que foi costurada através de uma aliança do Partido da Frente Liberal (PFL) com o Partido da Social-Democracia Brasileira (PSDB) para as eleições realizadas em 1994 que o colocou na presidência. A ascensão de FHC impulsionou as políticas de cunho neoliberal adotadas pelo seu antecessor e, era perceptível a relação entre o modelo econômico adotado de ajustes fiscais, e a dificuldade de desenvolver e implementar projetos e políticas no setor social.

É importante levar em consideração na análise desse período de transição da década de 80 para 90, a influência das agências internacionais na estrutura e financiamento do setor saúde, tendo em vista que as propostas guardavam relação com medidas de ajustes econômicos que resultaram em uma redução de gastos com a saúde pelo Estado.

Nessa conjuntura consolidaram-se forças e organizações políticas importantes no processo histórico de constituição do SUS. Em um momento de cortes financeiros para a

saúde, é que surge, por exemplo, a Frente Parlamentar da Saúde em 1993, uma frente suprapartidária no Congresso Nacional estimulada pelos tensionamentos e discussões acerca dos rumos do setor saúde, principalmente no que dizia respeito ao financiamento e a relação com o setor previdenciário, a partir da extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A Frente Parlamentar da Saúde, assim como entidades e associações que surgiram ao longo da década de 1990 e início dos anos 2000 tiveram papel importante na luta pelo fortalecimento do SUS e a defesa de políticas para o setor da saúde.

2.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO POLÍTICA PRIORITÁRIA NO SUS

Para Faleiros et. al (2006) no período FHC a consolidação do SUS tomou caminhos de estado, ou seja, a despeito da configuração neoliberal do governo, o sistema de saúde já havia se consolidado mesmo diante dos riscos de perdas significativas ou tentativas de extinção de direitos. No que diz respeito à Atenção Primária à Saúde, podemos observar o avanço significativo, principalmente em nível local. Ao fim do governo de Itamar Franco, em 27 e 28 de dezembro de 1993, uma reunião com o tema Saúde da Família se configurou como resposta do Ministério da Saúde às demandas dos municípios com relação ao apoio financeiro para execução de ações no âmbito da atenção básica. Para Viana e Dal Poz (1998) esse encontro foi central no sentido de romper com o isolamento do PACS no Norte e Nordeste do Brasil e pensar a expansão do modelo.

Dessa maneira, ao final da reunião emergiu a proposta do Programa de Saúde da Família e foi criada, na Fundação Nacional de Saúde, dentro do Departamento de Operações, a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), uma gerência específica para o programa. Essa coordenação agregava três programas: o de Agentes Comunitários, o da Saúde da Família e o de Interiorização do SUS. (VIANA; DAL POZ, 1998, p. 233).

É de destaque que esse processo era endossado pelo UNICEF, na figura do técnico Halim Antônio Girade, em entrevista à Faleiros *et al.*, (2006) que intermediava o apoio técnico e financeiro desse modelo através de recursos do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), como o mesmo relata:

Fiquei com a responsabilidade de formular a proposta técnica do que viria a ser o Programa Saúde da Família e a articulação política dentro e fora do Ministério da Saúde, para viabilizar a proposta de levar a atenção primária às famílias. Sabia que deveria aproveitar as experiências brasileiras que existiam e tentar elaborar uma estratégia totalmente nova e original que contemplasse os agentes comunitários de saúde e que levasse atenção à saúde de qualidade às comunidades. Eu mesmo

sempre tinha sido médico de Família em comunidades carentes, tanto em Planaltina quanto em Mambáí, cidades de Goiás. Agora, era uma oportunidade única e um sonho antigo se realizando. (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 21).⁴

Em setembro de 1994, surge então o Programa de Saúde da Família (PSF), a partir das diretrizes concebidas na reunião do ano anterior, estabelecendo sua implementação prioritária em áreas de risco, a partir da utilização do Mapa da Fome como critério para seleção. O programa foi definido como “um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e a comunidade, no nível de atenção primária” (BRASIL, 1994).

Caberia ao Programa realizar diagnóstico de saúde da comunidade; visita domiciliar; internação domiciliar; participação em grupos comunitários; atendimento nas unidades de saúde; estabelecimento de referência e contrarreferência, entre outros. Em 1995 PACS e PSF são considerados programas prioritários pela administração do Presidente Fernando Henrique Cardoso e algumas mudanças tomam o cenário.

A primeira delas se relaciona ao deslocamento da vinculação institucional do programa, que sai da FUNASA para Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Ao longo da narrativa, é preciso retomar e destacar que há um conjunto de fatores que ajudam a explicar a evolução da atenção primária à saúde no Brasil que, sai do status de modelo de atenção à saúde e, é alçada à política prioritária, representada nesse momento pelo avanço da descentralização proporcionado pela NOB 93, a consolidação do PACS e expansão do PSF aliado ao vazio assistencial em algumas regiões do país e, posteriormente, os atrativos políticos e financeiros para a implementação dos referidos programas (CONILL, 2008; FAUSTO, 2005).

Além disso, segundo Castro e Machado (2012), a tríade de apoio político – comunidade, municípios e Ministério da Saúde –, favoreceu a entrada do PSF na agenda federal, bem como outros fatores relacionados ao caráter inovador e o foco na família, tornando-se um marco de governo, contribuindo assim para sua priorização na agenda política.

Nesse processo, se em 1994 o PSF era entendido como um programa, em 1998 no manual “Programa de Saúde da Família – Saúde dentro de casa” ele passa a ser considerado uma estratégia para reorientação do modelo assistencial (CONILL, 2002, 2008). Nessa conjuntura do Governo Fernando Henrique, José Serra ao assumir o Ministério da Saúde tem papel central ao definir o PSF como “estratégia estruturante para a organização do sistema de

⁴ GIRADE, Halim Antônio entrevista concedida a Faleiros *et al.*, (2006, p. 21).

saúde”, propondo metas para expansão do programa (SOUZA; SAMPAIO, 2002; MACHADO, 2007). Esse momento, importante para a transição da atenção primária de modelo de atenção à saúde para política prioritária é refletido na Publicação do “Manual para Organização da Atenção Básica” no qual são implementados o Pacto de Indicadores de Atenção Básica. Conforme Fausto (2005), os indicadores de atenção básica, ao unificar áreas programáticas que trabalhavam de forma segmentada dentro da Secretaria de Assistência à Saúde, refletem a articulação do governo em torno de uma finalidade.

No ano seguinte, 1999, mesmo com a escalada da Estratégia de Saúde da Família enquanto política prioritária de saúde e tentativa de utilização da mesma para reorganização das estratégias de ordenamento do sistema de saúde, o Ministério conclui que apesar do sucesso da iniciativa, a cobertura populacional da política era baixa. Como tática para a reversão desse quadro há uma opção pelo reajuste dos valores dos repasses através da introdução de novo cálculo do PAB variável, visando privilegiar municípios com maior cobertura populacional.

Nos anos 2000, a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) (2001-2002), enfatiza o processo de regionalização do SUS como estratégia fundamental para o avanço da descentralização e ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, apontando os serviços de atenção primária como principal porta de entrada do sistema. Percebe-se, com isso, o caráter tardio do início mais concreto da interface da regionalização com a atenção primária, que apesar de ser debatida em movimentos políticos e sociais, formalmente aparece nos documentos oficiais apenas a partir dos anos 2000.

Ainda no governo de FHC, paralelamente aos incrementos organizativos da política, há um indicativo do aumento do protagonismo da atenção primária à saúde com a criação do Departamento de Atenção Básica (DAB). Machado, Lima e Baptista (2017) reforçam que o DAB foi criado exatamente quando a atenção primária em saúde se torna prioridade na agenda do Ministério da Saúde e do Governo Federal, a partir da consolidação e expansão do PSF. Já Castro (2009) narra que o referido Departamento foi criado em 1999 no âmbito Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) sendo composto por três coordenações.

[...] a primeira com a tarefa de acompanhar as equipes de saúde da família e o desenvolvimento das responsabilidades da atenção básica; a segunda com a tarefa de executar os projetos de qualificação do processo de trabalho da atenção básica/PSF; e a terceira com a função de acompanhar e avaliar o processo de reorganização da atenção básica, com ênfase na estratégia de Saúde da Família. (CASTRO, 2009, p. 81).

Enquanto a Atenção Primária à Saúde se consolida, uma mudança importante no cenário político, econômico e social brasileiro toma a cena a partir da vitória de Luiz Inácio Lula da Silva nas eleições de 2002. Ao longo da campanha presidencial a coligação de Lula defendia o entendimento da saúde no âmbito dos direitos sociais e como ferramenta de Seguridade Social (PARTIDO DOS TRABALHADORES, 2002). Apesar disso, Paim e Teixeira (2006) apontam que já nos primeiros meses da gestão era possível notar o espaço limitado que a saúde teria nas pautas do novo governo, com destaque para a ausência do assunto saúde no discurso de posse de Lula ou ainda, o discurso inespecífico do Ministro da Saúde Humberto Costa, com poucos comprometimentos para a setor, algo que mais tarde mudaria com a participação do ministro em comissões intergovernamentais para a saúde.

Em março de 2003 a economia deu o tom para as políticas de saúde, que foi o setor com o maior contingenciamento de gastos por parte do governo, com um corte de 1,6 bilhões de reais. Apesar do Ministério do Planejamento prometer no momento reverter a situação, o caráter simbólico do corte permaneceu. O Governo Lula é marcado por algumas medidas que, embora parecessem inovadoras, por vezes, refletiam um aperfeiçoamento do que já estava em curso.

A reforma administrativa realizada no Ministério da Saúde objetivava criar uma maior integração entre a atenção básica e os serviços de média e alta complexidade (assistência especializada e hospitalar) visando uma gestão dos serviços mais democrática. Entre as inovações apresentadas durante o governo para o setor se destacaram: o Brasil Sorridente, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Farmácia Popular.

Enquanto isso, a principal continuidade no setor teria sido a expansão da cobertura do PSF, que passou a ser considerado uma via para reorganização do modelo de atenção à saúde, incorporando profissionais de outras especialidades ao escopo da atenção básica e aumentando em 57% o número de equipes de saúde da família, conjugado a ideia de elaboração de projetos que visassem o acolhimento e a humanização nos serviços.

Castro (2009, p. 96) narra que embora a atenção primária à saúde não tivesse no programa de Governo do presidente recém-eleito o devido destaque, o comprometimento com a mesma pode ser entendido “a partir da ênfase nas políticas promotoras de bem-estar nas cidades e no campo, estimulando a participação social, além do atendimento das necessidades de saúde da população, desde a prevenção até os casos mais complexos”. Além disso, salienta que o Plano Plurianual (PPA) dá destaque às ações de inclusão social e redução das desigualdades regionais, apontando como grande desafio para o Ministério da Saúde a ampliação do acesso à assistência com qualidade.

No primeiro [plano], o PPA – saúde, a efetivação da atenção básica como porta de entrada ao SUS – com expansão e aperfeiçoamento da estratégia de Saúde da Família – promovendo a articulação com os demais níveis de modo a garantir a integralidade do atendimento, é apontada como um dos objetivos setoriais do Ministério da Saúde. Do total de itens apresentados que possuíam metas específicas para o ano de 2007, 50% estavam relacionados à atenção básica. (CASTRO, 2009, p. 101).

O ano de 2006 foi especialmente importante na gestão de Lula, considerando o lançamento do Pacto pela Saúde, tendo sido a APS finalmente incluída como um dos eixos principais, no Pacto pela Vida, que se apresentava como “estratégia para consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS” (BRASIL, 2006).

É em 2006 então que a primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é lançada, através da promulgação da Portaria GM nº 648 de 28 de março. Saraiva Felipe, então ministro da saúde, defendia que essa e outras portarias moldavam a atenção primária como política no Brasil, e destacava que o processo de elaboração tinha contado com a participação de entes federativos, acadêmicos, profissionais de saúde, trabalhadores do SUS e usuários do sistema.

Com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006, 2011), vemos um maior detalhamento de princípios e fundamentos da atenção primária à saúde e uma consonância com importantes referências nos estudos sobre o tema no Brasil e no mundo, como a autora e especialista Barbara Starfield (2002) e a própria Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978). Em sua primeira publicação e posteriormente em suas atualizações (BRASIL, 2006, 2011, 2017) a PNAB define que:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde.

Sendo princípios e fundamentos da Atenção Básica:

i) ter território definido como base para o planejamento e desenvolvimento das ações de saúde e intersetoriais; ii) garantir acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade resoluto, devendo consolidar-se como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, iii) atuar em território adscrito, com população definida, desenvolvendo vínculo e corresponsabilização pela atenção às necessidades que se

apresentam no território; iv) coordenar e efetivar a integralidade em suas várias dimensões, ligando a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e, ao mesmo tempo, garantir e integrar ações programáticas e demandas espontâneas, atuando em rede e desenvolvendo articulação entre equipes de saúde e a população dos territórios sob sua responsabilidade de forma a garantir a longitudinalidade; v) Estimular a participação social.

A publicação da PNAB representou um importante avanço e reconhecimento de esforços históricos por parte do movimento sanitário brasileiro. Ainda assim, em termos concretos e operacionais, naquele momento, não houve mudança significativa em relação ao que era adotado na gestão de Fernando Henrique Cardoso. Nos anos que se seguiram, a partir da implementação dessa, agora, política estruturante do SUS, foram acumulados aprendizados que resultaram em uma série de mudanças, consolidadas na primeira atualização da PNAB, publicada em 2011. Mais elementos a respeito desse período de avanços e guinada da Atenção Primária à Saúde no Brasil serão apresentados a seguir.

2.1.1 Aprimoramento da Atenção Primária à Saúde e fortalecimento do SUS

Durante os governos do Partido dos Trabalhadores (PT), e em especial durante os dois mandatos do ex-presidente Lula, a atuação do Ministério da Saúde ficou marcada por uma gestão com quadros que contemplavam requisitos técnicos-políticos importantes para uma condução responsável de políticas fortalecedoras do SUS.

Com relação às políticas de atenção primária à saúde, para SOARES *et al.*, (2014) se o período compreendido entre 2003 e 2005 foi um momento de questionamento do modelo de atenção primária vigente no país e de importantes debates e reformulações no âmbito do Ministério da Saúde, a partir de 2005, o que passamos a ver é a reafirmação do modelo de sistema de saúde centrado na Estratégia Saúde da Família, alinhado a uma importante articulação intersetorial em busca do aprimoramento dessas políticas.

Vale destacar ainda que em âmbito internacional, o cenário logo após a publicação da PNAB também era oportuno, com importantes iniciativas voltadas para o fomento da adoção da APS como modelo prioritário nos sistemas de saúde. Em 2007, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) publicou um documento que estimulava os países das Américas a iniciarem um processo de “renovação da atenção primária à saúde” (OPAS, 2007) ao defender que para esta renovação acontecer, seria preciso uma maior atenção dos governos às necessidades estruturais e operacionais dos sistemas de saúde, tais como: acesso,

financiamento apropriado, adequação e sustentabilidade de recursos, compromisso político e desenvolvimento de sistemas capazes de ofertar cuidados de alta qualidade.

Além disso, o documento também reforçava que as experiências bem-sucedidas de políticas de APS ao redor do mundo apontavam para a adoção de abordagens amplas que envolviam todo o sistema de saúde, a partir de uma formulação renovada da APS capaz de fornecer uma argumentação forte em favor de uma abordagem racional e baseada em evidências, para se alcançar uma atenção universal, integrada e abrangente. Por último, defendia que a principal estratégia proposta para uma verdadeira renovação da APS seria uma transformação dos sistemas de saúde, de modo que estes passassem a adotar a APS como seu fundamento.

Nesse sentido, tudo indicava que o Brasil a partir dali estava alinhado não apenas com os principais especialistas do mundo no que diz respeito ao melhor foco a ser dado para seu sistema de saúde, como também parecia ter iniciado o que poderíamos chamar de anos de aprimoramento da APS e fortalecimento do SUS.

Segundo Castro (2009), a gestão de Temporão à frente do Ministério da Saúde durante o segundo mandato de Lula expandiu a agenda política em torno da saúde pública e da atenção primária à saúde no Brasil, indo de encontro ao que demais países periféricos e centrais acreditavam ser a melhor estratégia para fortalecimento de seus sistemas de saúde, a consolidação da APS como uma política prioritária e estruturante.

Nesse período, vimos uma importante expansão da ESF a partir de uma estratégia de indução do governo federal, voltada para seu aprimoramento e consolidação, bem como para a resolução de seus nós críticos que, desde antes mesmo de se compreender como estratégia prioritária, já pressionavam o funcionamento deste modelo de atenção à saúde.

Entre esses nós críticos, estariam alguns problemas estruturais e outros de ordem da gestão dos serviços de saúde, entre eles: a infraestrutura inadequada das unidades de atenção básica de saúde, a dificuldade do funcionamento da APS em rede de serviços integrada com diferentes complexidades, o subfinanciamento das políticas de APS e a dificuldade quanto à qualificação, bem como a inserção e fixação de profissionais de saúde, em especial médicos, nos serviços de atenção básica (MELO *et al.*, 2018; CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2018).

A seguir, apresentaremos alguns dos esforços imprimidos nos anos que se sucederam a publicação da primeira Política Nacional de Atenção Básica, incluindo a publicação de sua atualização em 2011, até chegarmos no momento de início da crise político-econômica que tomou o Brasil e conseqüentemente o início de ataques mais significativos à PNAB e ao próprio SUS. Entre as iniciativas deste período, considerado de fortalecimento da APS que

merecem destaque, estão: a criação e implementação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a criação do Programa Saúde na Escola, do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e do Programa Mais Médicos (PMM).

O Programa Saúde na Escola foi concebido a partir de um acúmulo de experiências envolvendo as áreas de saúde e educação, e do reconhecimento da potencialidade do espaço escolar como um espaço privilegiado para ações de promoção, prevenção e educação em saúde. O PSE, instituído por meio do Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (Brasil, 2007), no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, teve como finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

A articulação com a rede de atenção básica aparece no PSE quando o mesmo se referencia especificamente às equipes de Saúde da Família, como atores importantes na constituição, junto com a Atenção Básica, de uma estratégia para a integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde a partir da ampla participação da comunidade escolar (BRASIL, 2008).

Além disso, os principais objetivos do PSE e seus princípios, se alinham aos princípios da própria PNAB, uma vez que a intersetorialidade, integralidade, longitudinalidade e o fortalecimento da participação social na construção e implementação das políticas públicas de saúde aparecem em ambos, como podemos ver na apresentação dos objetivos do PSE:

- I – Promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde;
- II – Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III – Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV – Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V – Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI – Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes;
- VII – Fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e saúde, nos três níveis de governo. (BRASIL, 2007, p. 1).

E também nas diretrizes para a implementação do programa:

- I - descentralização e respeito à autonomia federativa;
- II - integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde;
- III - territorialidade;
- IV - Interdisciplinaridade e intersetorialidade;
- V - integralidade;

VI - cuidado ao longo do tempo;
VII - controle social; e
VIII - monitoramento e avaliação permanentes. (BRASIL, 2007, p. 1).

Mesmo com questões a serem enfrentadas com relação a efetividade das ações promovidas no ambiente escolar e a capacidade de uma cooperação efetivamente intersetorial, ou mesmo os limites organizacionais que dificultam a longitudinalidade do cuidado com escolares — como em casos de estudantes de uma escola coberta por uma Unidade Básica de Saúde, mas que moram em um território diferente e por isso não podem ser acompanhados — e tantos outros dilemas presentes no dia a dia do trabalho em saúde (SOUSA, 2014) é notório que o PSE representou um avanço no trabalho intersetorial da APS e na melhoria da qualidade de vida de milhares de escolares em todo o país.

No sentido de expandir as ações da APS e atender as necessidades das populações locais, atuando também sobre um histórico marcador da exclusão social em nosso país — a saúde bucal e o estado dos dentes — nesse mesmo período intensificou-se a interlocução da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e as linhas de ação da APS, por meio das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família (SOUSA, 2014). No escopo dessas políticas, o Programa Saúde na Escola se consolidou como um aliado, em especial nas ações de prevenção, promoção e educação em saúde bucal para os escolares, em especial aqueles em situação de maior vulnerabilidade social.

Alinhado aos diálogos intersetoriais e interdisciplinares existentes, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado a partir da Portaria Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde (GM/MS) nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008), o Núcleo que passaria a fornecer apoio às equipes de saúde e fortalecer as ações realizadas nas redes de atenção básica a partir de um olhar singular sobre os casos de saúde e também coletivo, sobre os determinantes sociais da saúde, é constituído por equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam em articulação com as EqSF para populações específicas como as atendidas pelos consultórios de rua e equipes de saúde ribeirinhas e fluviais, em territórios específicos, tendo como objetivo apoiar e ampliar a resolutividade da APS (BRASIL, 2008, 2011).

Ao mesmo tempo que o Nasf era implementado ainda de forma tímida nos municípios brasileiros, o governo federal atuava no sentido de buscar resoluções para problemas de longa data, como por exemplo as dificuldades na organização dos processos de trabalho nos serviços de atenção básica e a baixa integração com demais serviços das redes dos territórios, questões que impactam diretamente a atuação dos profissionais do Nasf com as equipes de Saúde da

Família e equipes da Atenção Básica (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017; MELO *et al.*, 2018).

A partir do acúmulo de experiências, mudanças e análises a respeito do funcionamento da APS no Brasil e da própria PNAB, iniciou-se no governo um importante movimento para que acontecesse uma revisão da política, no intuito de agregar as mudanças ocorridas desde sua implementação e efetivar maneiras de avaliar a qualidade e o acesso, dois aspectos primordiais para atestar o funcionamento adequado de políticas de saúde.

Nesse sentido, no início de 2011, ao tomar posse, o então ministro da saúde, Alexandre Padilha assumiu a garantia ao acesso à saúde como uma de suas prioridades, ao mesmo tempo que gerou tensões ao afirmar que “Não existe modelo de atenção primária à saúde único num Brasil que é tão diversos como o nosso” (CASTRO, 2009; FONTENELLE, 2012). Ainda assim, ao dar destaque desde o primeiro momento à problemática do acesso à saúde da população brasileira, Padilha mostrou o comprometimento do governo federal em encontrar soluções para o que deveria ser um dos principais pontos de fortalecimento para o nosso sistema de saúde e segundo Giovanella e Mendonça (2009) e Starfield (2002), um ponto primordial para a própria APS: a consolidação de sua função como organizadora do acesso e coordenadora do cuidado no sistema de serviços de saúde.

A partir dos acúmulos de anos de expansão da ESF em todo o país e paralelamente ao início das discussões sobre uma possível revisão da PNAB, o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde buscou mecanismos para aprimorar os serviços já existentes e consolidar algumas mudanças que já vinham sendo incorporadas aos serviços de atenção primária à saúde desde a primeira PNAB, o que levou a construção da nova versão, em 2011. Em síntese, o novo texto manteve a essência da versão de 2006 e introduziu importantes inovações voltadas à ampliação do acesso, cobertura e resolubilidade da atenção básica, com destaque para a flexibilidade da carga horária médica, a introdução de novos arranjos de equipes e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) (ALMEIDA *et al.*, 2018).

O PMAQ-AB teve como objetivo principal induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica e produzir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012), além de contribuir para a institucionalização de uma cultura de avaliação da APS no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados. O PMAQ-AB é composto por quatro fases: (1) Adesão e contratualização; (2) Desenvolvimento; (3) Avaliação externa; e (4) Recontratualização. O programa surge num momento onde diversos estudos demonstram que,

mesmo havendo forte indução do governo federal, os processos organizacionais da APS são muito variados entre os municípios brasileiros, demonstrando que os diferentes contextos e formas de gestão da saúde nos municípios têm reflexos significativos na pluralidade de formas de implementação da PNAB (VIANA, 2008; MEDINA; HARTZ, 2009).

Neste mesmo período, o Ministério da Saúde passou a atuar de forma mais incisiva no problema da escassez de médicos em determinadas regiões e municípios do Brasil. Naquele ano, os médicos recém-formados e devedores do Fies (Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior) passaram a ser beneficiados com algumas medidas que, ao mesmo tempo contribuíram para a quitação da dívida dos médicos e atendeu uma necessidade histórica de provimento de profissionais médicos em municípios com carência e dificuldade de retenção dos mesmos. Nesse ano, passa a vigorar (1) uma prorrogação da carência para a dívida dos médicos, caso os mesmos optassem por cursar residência médica em “especialidades prioritárias”, entre elas e Medicina de Família; e (2) um abatimento de 1% da dívida ao mês, caso os médicos trabalhassem em municípios “com carência e dificuldade de retenção de médicos”.⁵

Já no ano seguinte, sendo parte dos mesmos esforços, o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) é lançado como uma aposta para reverter o isolamento profissional e fortalecer a APS no SUS. O PROVAB previa incentivos educacionais presenciais e a distância, tais como a supervisão por um profissional vinculado a uma instituição de ensino superior e um curso de especialização em Saúde da Família. Nesse período, os profissionais de saúde que atuassem na APS em municípios com escassez de médicos, também poderiam ser incluídos no PROVAB (FONTENELLE, 2012; ARAÚJO; MICHELOTTI; RAMOS, 2017).

O lançamento do Programa Mais Médicos (PMM) em 2013, foi um dos destaques na estratégia do governo federal para tentar solucionar problemas estruturais do campo da saúde, ao mesmo tempo que fortalecia áreas prioritárias já anunciadas, como a saúde e a educação. Com o intuito de formar mais médicos e ao mesmo tempo, aumentar a inserção desses profissionais em Unidades Básicas de Saúde em regiões remotas, o Programa Mais Médicos representou um importante avanço tanto para a expansão e fortalecimento das Equipes de Saúde da Família, quanto para a sua qualificação (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

⁵ Os esforços de provisão de cuidados médicos para regiões vulneráveis ocorriam no Brasil desde os anos 1990 a partir de iniciativas de atração de médicos para atuação no Sistema Único de Saúde, como o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), além de ações que induziam mudanças na formação médica, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).

No fim de 2018, no entanto, com a vitória de Bolsonaro e constantes ataques não apenas ao modelo de funcionamento do Programa como, principalmente, aos “médicos cubanos”, o Programa Mais Médicos foi interrompido após seis anos levando atendimento de saúde para os lugares mais remotos do país, alguns deles, lugares onde nunca se teve sequer um médico atendendo, e que graças ao Programa pode contar com o cuidado em saúde.

A mudança no Programa ocorreu em meio a um conturbado começo de governo bolsonarista, após a instauração da exigência da validação de diplomas de médicos estrangeiros pelo governo brasileiro, e após, o governo cubano decidir retirar seus médicos do Brasil. O Programa Mais Médicos foi substituído por um novo, que passou a chamar-se “Mais Médicos Pelo Brasil”, que nos meses após seu lançamento frustrou milhares por não obter inscrições suficientes dos profissionais de saúde brasileiros (BRASIL, 2019).

O episódio envolvendo o programa no início de 2019 chama atenção, por acontecer apenas algumas semanas após o Programa Mais Médicos e o Sistema Único de Saúde serem usados como exemplos de referência de experiência bem-sucedida em APS, durante a Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, em outubro de 2018, em Astana, atual Nursultán, no Cazaquistão⁶ que trataremos a seguir. Pode-se dizer que a crise com um dos mais importantes programas de saúde dos últimos anos, já dava o tom do que estava por vir para o setor saúde nos anos seguintes de governo.

2.1.1.1 Contribuições do debate internacional para a disputa no campo da atenção primária à saúde

Antes de retomar e detalhar o desmonte que começou a ocorrer após a instauração do processo de *impeachment* da presidente Dilma Rousseff e que se estendem desde o governo Temer, e a fim de discutir a potencialização de um movimento neoliberal que se instaurou nos anos que antecederam a atual pandemia de Covid-19 que vivemos e contribuir para a elucidação de caminhos e escolhas tomadas no campo da atenção primária à saúde tanto a nível nacional, quanto internacional, discutirei a seguir o processo de revisão da Declaração de Alma Ata, um dos mais importantes documentos norteadores da APS no mundo.

⁶ Durante o período de revisão da Declaração de Alma-Ata, e construção da Declaração de Astana (2018), a Organização Mundial da Saúde escolheu alguns programas bem-sucedidos de 12 países do mundo para serem apresentados em formato de “country case studies” na Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde. O Brasil foi um dos 12 países escolhidos, e o caso apresentado foi do Programa Mais Médicos. No documento oficial desenvolvido pela OMS e distribuído aos mais de 2 mil delegados de 170 países durante os dois dias de conferência, são apresentados o histórico do programa, aspectos principais, fatores facilitadores, barreiras e o impacto na população brasileira (OMS, 2018).

Em 2018, a declaração de Alma Ata completou 40 anos. Por convocação da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e do Ministério da Saúde do governo do Cazaquistão, em outubro do mesmo ano, se realizou uma nova conferência em Astana, capital de um renovado Cazaquistão. Com o objetivo de “renovar o compromisso da APS para o alcance da cobertura universal e os objetivos do desenvolvimento sustentável” (OMS, 2018, p. 2), a conferência contou com delegações de 193 países, incluindo o Brasil, que enviou representantes da Fundação Oswaldo Cruz, do Conselho Nacional de Saúde e da Assessoria de Assuntos Internacionais (AISA) do Ministério da Saúde, que, no seu conjunto, defenderam a necessidade de fortalecimento dos sistemas de saúde públicos, universais e gratuitos, tendo como base estruturante a APS. Salienta-se que tal posição brasileira, assim como de outros atores, chocava-se com as propostas apresentadas pela OMS, cuja postura abria a possibilidade de defesa de modelos de APS pautados em seguros privados, assim como, na época, era defendido no Brasil.

Assim como a conferência de Alma Ata, de setembro de 1978, em que encontros preliminares com participação de todos os Estados-membros foram realizados dentro de suas respectivas regiões⁷, a conferência de Astana contou com reuniões preparatórias com o propósito de produzir um pacto que convergisse para uma nova declaração. Nessa fase preparatória, foram disponibilizados periodicamente rascunhos da declaração para a consulta pública da sociedade civil e representantes dos Estados-membros.

As primeiras versões da declaração de Astana preocuparam lideranças de alguns países, em especial os das américas. Estes sugeriram mudanças no documento proposto, que em sua primeira versão contava com visível influência de organizações do setor privado e filantrópicas, como a Fundação Bill e Melinda Gates, a Fundação Rockefeller e o Banco Mundial. Estas diferentes instituições tentaram, e até certo ponto tiveram êxito, mediante a defesa da *Cobertura Universal de Saúde*, fortalecer uma agenda mais afinada com os interesses privados nos rumos da APS nos compromissos da OMS.

Esse movimento, no entanto, não era uma novidade na OMS, conforme antecipado nos relatórios sobre Desenvolvimento Mundial elaborados pelo Banco Mundial durante a década

⁷ Reunião do Comitê de Peritos em Atenção Primária à Saúde da Região da África (Brazzaville, 1977); Quarta Reunião Especial de Países Membros da Organização Panamericana da Saúde (Washington, 1977); Reunião Conjunta da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para países da região do Mediterrâneo Oriental (Alexandria, 1977); Conferência sobre Atenção Primária à Saúde para países da região do Pacífico Ocidental (Manila, 1977); Reunião Conjunta da OMS e do UNICEF sobre Atenção Primária à Saúde na Região do Sudeste Asiático (Nova Delhi, 1977); Conferência sobre Atenção Primária à Saúde em países industrializados (Nova York, 1977) e Congresso Internacional de Organizações Não-Governamentais sobre Atenção Primária à Saúde (Halifax, Canadá, 1978).

de 1990. Estes marcaram o início de proposições — ainda que tímidas — para organização de modelos de financiamento de saúde em países em desenvolvimento, como demonstram os relatórios de 1993 e 1997 com os temas “Investindo em Saúde” e “o Estado num mundo em transformação”, respectivamente. Apesar de o tema da cobertura universal já ter sido anunciado na década anterior, foi apenas em 2005 que se deu a primeira referência explícita por parte da OMS em defesa de tal agenda, em um dos relatórios produzidos para a 58ª Assembleia-Geral da ONU (NORONHA 2013; OMS, 2005), dando origem à Resolução 58.33 “Financiamento sustentável da saúde: cobertura universal e seguro social de saúde”. A partir daí, o termo Cobertura Universal de Saúde passa a ser usado como sinônimo para sistemas universais de saúde, e a garantia da proteção financeira do indivíduo e a prevenção de gastos catastróficos⁸ se tornam pautas prioritárias dentro do organismo, como observamos na Resolução 64.9 “Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal” (OMS, 2010).

Na contramão dos mais importantes doadores internacionais da OMS, dos Estados Unidos da América e da União Europeia, a OPAS elaborou, em 2014, o documento “Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal à saúde”. A produção desse e de outros documentos pelos países das Américas permitiram um aperfeiçoamento da proposta defendida inicialmente pela OMS, reforçando o caráter coordenador da Atenção Primária à Saúde dentro dos sistemas de saúde do mundo e a necessidade da garantia do acesso da população a esses serviços.

Tido como o principal debate entre os países na conferência de Astana, as discussões sobre Acesso Universal à Saúde (*universal health care*), de um lado; e Cobertura Universal de Saúde (*universal health coverage*), de outro, são discutidas por diferentes autores permitindo compreender a diferença conceitual existente em países europeus, onde, regra geral, universalidade se refere à cobertura pública de sistemas nacionais, sob designações como *universal health care* ou *universal health systems* (UHS); enquanto em países em desenvolvimento, o termo universalidade passou a ser usado como sinônimo de *universal health coverage* (UHC), geralmente utilizado empregado em referência à cobertura por serviços básicos, ou à cobertura de seguros de saúde (GIOVANELLA, 2019).

Para além das controvérsias semânticas, há diferentes concepções a respeito da relação entre cidadania, saúde e direito social nas suas relações com a APS. Enquanto alguns grupos

⁸ Segundo a OMS (2010) gastos catastróficos são considerados os gastos que os indivíduos precisam fazer diretamente de seus bolsos para obter serviços de saúde e correspondem a mais de 30% de sua renda líquida.

defendem a proposta de uma *Cobertura Universal de Saúde*, reconhecendo o modelo como o futuro da APS, como nos faz ver o editorial da revista *The Lancet*, distribuída aos participantes da conferência de Astana; outros atores enxergam com preocupação esse novo modelo de atenção à saúde, pautado em interesses de antigas e já conhecidas instituições, como aponta a edição especial da revista *Saúde em Debate*, “30 anos de APS no SUS”, que reuniu artigos de parte da delegação brasileira da conferência de Astana, com ricas contribuições para o temática principal do evento.

A disputa se dá no debate acerca da garantia do direito à saúde, já que, ao garantirmos a “cobertura universal de saúde”, estamos falando apenas da possibilidade do indivíduo em obter uma prestação de serviço em saúde e não, na garantia do acesso ao mesmo. Noronha (2013), explica que, com essa proposta, não se busca resolver as barreiras existentes no acesso à saúde, e tão pouco dar a devida atenção às desigualdades sociais persistentes nos e entre os países. Na verdade, estaríamos nos propondo a lidar apenas com uma das inúmeras barreiras que compõe o acesso a serviços de saúde de qualidade, nesse caso, a barreira financeira, que na declaração de Astana aparece como “risco financeiro” dos indivíduos, que em um cenário de adversidades, segundo o autor, não necessariamente corresponde a mais importante barreira de acesso à serviços de saúde.

A conferência contou com sessões de temas diversos como “a força de trabalho na APS no século XXI”, “a integração de serviços nos sistemas de saúde”, “a resistência antimicrobiana e o papel da APS”, entre outros. No entanto, alguns debates careceram de maior potência, como foi o caso da sessão “O papel do setor privado na atenção primária à saúde”, que contou com a participação de representantes de universidades renomadas e ministros da saúde de países como Uganda e Líbano. Estes apresentaram ao público suas experiências exitosas com empresas do setor privado da saúde, no entanto, sem se aprofundar nos limites e problemas desse modelo de prestação de serviços.

A este respeito, ficou evidente, no decorrer da conferência, que a assistência internacional prestada à países em desenvolvimento por empresas do setor privado da saúde, ou do ramo filantrópico sediadas em países da Europa ou nos EUA, bem se sintonizavam com um contexto de relações geopolíticas, que “reproduziam os desequilíbrios de poder e recursos já existentes entre os países” (BUSS, 2010, p. 95). Argumenta-se que, muito frequentemente, países em desenvolvimento, ao invés de trabalharem para o fortalecimento de seus sistemas de saúde coordenados pela APS, acabariam apenas por administrar projetos de saúde focais, desenvolvidos e executados por estrangeiros.

Na época, a fim de colaborar com as discussões de Astana, a Fundação Oswaldo Cruz elaborou um documento onde reuniu orientações para a conferência, conforme os preceitos de uma APS integral, de sistemas universais de saúde e do direito à saúde. As contribuições brasileiras sobre a APS se colocaram em uma posição crítica e antagônica às orientações iniciais da OMS, onde, em não tão raros momentos, assistiu-se a posições favoráveis à responsabilização do indivíduo sobre sua própria saúde e, por consequência, de desresponsabilização do Estado em garantir o acesso universal à saúde, cabendo a esse o papel de regulador e contratante de seguros privados e não mais provedor desses serviços.

Os desdobramentos imediatos da conferência em âmbito internacional, bem como os documentos produzidos pela delegação brasileira levaram a opiniões divergentes entre os países e representantes da sociedade civil e, inclusive, à elaboração da Declaração Alternativa da Sociedade Civil à Declaração de Astana, constituída durante a assembleia do *People's Health Movement*⁹, que ocorreu alguns dias depois da conferência da OMS, em novembro de 2018, em Bangladesh, com o tema “Saúde para todos agora!”.

Centenas de grupos da sociedade civil assinaram a declaração alternativa, e no Brasil por meio da Resolução nº 609 (CTAB/CNS, 2018), o Conselho Nacional de Saúde — maior instância de controle social em nosso sistema de saúde — acabou por apoiar a mesma, compreendendo que, entre outros fatores, a carta de Astana não teria avançado o suficiente na perspectiva de definir as atribuições e responsabilidades dos Estados na garantia do direito à saúde de sua população (CNS, 2018).

Em 2019, a declaração de Astana seguiu seu percurso institucional, passando por diferentes instâncias da OMS, para discussão, análise e inclusão ou exclusão de pontos por parte dos Estados-Membros. Pelo menos três importantes encontros sucederam a Conferência realizada no Cazaquistão, a saber: a Reunião do Comitê Executivo da Organização Mundial da Saúde, realizada em janeiro de 2019 e a 72ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em maio de 2019. Ambas funcionaram como preparativos para a 1ª Reunião de Alto-Nível sobre Cobertura Universal de Saúde, realizada durante a 74ª Assembleia Geral das Nações Unidas,

⁹ O *People's Health Movement* (PHM) é uma rede global que reúne ativistas de saúde, pesquisadores, formuladores de políticas, organizações da sociedade civil e instituições acadêmicas de todo o mundo. Atualmente está presente em mais de 80 países defendendo a Atenção Primária em Saúde e o enfrentamento dos Determinantes Sociais, Ambientais e Econômicos da Saúde. O movimento foi fundado em 2000, mediante a união de movimentos populares do mundo inteiro, preocupados com o distanciamento da meta “Saúde para todos no ano 2000”, firmada na Conferência de Alma Ata de 1978. Após 40 anos desta Declaração, o PHM segue afirmando: “Saúde para todos e todas já!”.

o evento mais importante da Organização das Nações Unidas, em setembro do mesmo ano (2019).

Em janeiro de 2019, a declaração de Astana foi analisada na reunião do Comitê Executivo da OMS, instância presidida pela embaixadora Maria Nazareth Farani Azevedo, do Brasil, que buscou incluir as contribuições dos Estados-Membros ao documento. Durante a reunião, houve dificuldade para se chegar a um consenso entre os países sobre o conceito de Cobertura Universal de Saúde. Entre as recomendações feitas pelo Brasil à redação do documento final estão o reconhecimento de que o 13º Programa Geral de Trabalho da OMS (2019-2030) "definiu a essência da Cobertura Universal de Saúde como acesso universal a um sistema de saúde forte e resiliente, centrado nas pessoas, tendo como base a atenção primária à saúde" e que tal posicionamento representaria a "reafirmação dos compromissos, valores e princípios expressos na ambiciosa e visionária Declaração de Alma-Ata de 1978 em busca da Saúde para Todos" (OMS, 2019, p. 1-2, tradução nossa). Tal sugestão acabou por não ser incorporada na redação do documento final, levado à 72ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2019.

Em setembro de 2019, finalmente a 1ª Reunião de Alto-Nível sobre Cobertura Universal de Saúde é realizada em Nova York. Nesse encontro, líderes mundiais se posicionaram na forma de uma Declaração Política de Alto-Nível das Nações Unidas sobre Cobertura Universal de Saúde. Naquele momento, na perspectiva de António Guterres, Secretário-Geral da ONU, a declaração tratava-se do "acordo mais abrangente já alcançado sobre saúde global" (GUTERRES, 2019, tradução nossa). Em sua leitura, estaríamos diante de um verdadeiro marco no caminho da saúde universal.

Pode-se dizer que a Declaração Política teve avanços ao longo de seu percurso de pactuação, mesmo assim, o conceito de *Cobertura Universal de Saúde* ainda é considerado insuficiente em relação aos Sistemas Universais de Saúde e os princípios da APS. A defesa da *Cobertura Universal de Saúde* baseada em um modelo de seguros de saúde segue levantando debates ao redor do mundo, a exemplo de Michael Marmot, presidente da Comissão sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas da OPAS, que em carta de apresentação do relatório "Sociedades Justas: Equidade na saúde e vida digna" produzido em outubro de 2019 pela Comissão sobre Equidade e Desigualdades em Saúde e a Comissão sobre Cobertura Universal de Saúde da OPAS, nos traz o tom do debate que tomou conta das discussões e o posicionamento que países das Américas ainda adotam, destacando a importância de se olhar para as desigualdades econômicas e sociais dos países, ao propormos mudanças em seus sistemas de saúde, indivíduos, comunidades e governos.

Nesse sentido, Marmot reforça que ainda que se tenha uma perspectiva otimista em relação aos avanços ocorridos nos últimos anos quanto à construção de uma sociedade mais justa, esses atores, da América do Sul não são “complacentes” uma vez que ameaças à sistemas de saúde universais apenas crescem. O debate acerca do empoderamento de indivíduos, portanto, não deve acontecer em separado de medidas que visem um desenvolvimento social e econômico dos países, e o mesmo só será possível com o reconhecimento e superação de desafios históricos, uma vez que “as desigualdades econômicas, as mudanças climáticas e o contínuo impacto do colonialismo e do racismo são grandes desafios a esse empoderamento.” (OPAS, 2019, p. 5).

Ao fim desse processo, que durou mais de um ano, o que se pode inferir é que, se por um lado, havia um consenso técnico-político que considera o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, como uma forma eficiente de se garantir a saúde para todos, “sem deixar ninguém para trás”, como proclama a Agenda 2030 (ONU, 2015) e a Declaração de Astana (OMS, 2018), por outro; ainda parece haver dúvidas sobre qual a melhor forma de fazê-lo, se por meio de sistemas universais públicos e gratuitos de saúde, com uma APS resolutiva e abrangente ou por seguros saúde, com o formulação e implementação de políticas sintonizadas com a chamada APS seletiva.

A experiência brasileira, muitas vezes citada por membros de governo e organizações em Astana como um exemplo positivo, demonstra que por meio de sistemas públicos universais é possível alcançar o direito à saúde de forma mais eficaz do que por outras modalidades de cobertura. Nessa chave, a expectativa é que os Estados se comprometam em implementar as recomendações da Declaração Política de Alto-Nível, aprovada em Nova York e que consigam adequar tais medidas às diferentes realidades locais, assim enfrentando os desafios lançados pelos objetivos da Declaração de Astana e da Agenda 2030. E que “deixar ninguém para trás” seja enfim levado a sério, principalmente em um cenário pós-pandêmico, onde de fato a saúde esteja ao alcance de todos.

3 O SUS SOB ATAQUE: A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA NA MIRA DOS GOVERNOS TEMER E BOLSONARO

Apesar dos avanços que ainda aconteciam, como por exemplo, o aumento no número de Equipes de Saúde da Família, em boa parte em decorrência dos resultados bem sucedidos do Programa Mais Médicos, a partir de 2013 um cenário de instabilidade política e crise econômica e social é instaurado no Brasil, com efeitos sobre o setor saúde.

Após anos de fortalecimento, tendo sido foco de investimento de diversos programas governamentais e de estruturação do próprio SUS, com o golpe institucional de 2016 que retirou a presidente Dilma Rousseff (PT) do poder e a entrada do então presidente interino Michel Temer, o SUS e suas políticas se tornam alvo de uma sequência de ataques de governos de centro e extrema direita, alinhados a setores do mercado privado da saúde e noções neoliberais de políticas.

Antes mesmo dessa importante mudança no cenário político, com a saída do governo petista, nos anos anteriores, o SUS experienciou ataques, como foi o exemplo da Lei 12.994 de 2014 que alterou a Lei nº 11.350/06 para, entre outras questões, criar o Piso Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE), possibilitando a mudança de jornada de trabalho semanal de 40 horas para ambas as categorias e padronizando a contratação desta categoria que sabemos, o quão é importante para o funcionamento adequado da APS e o SUS. Tal medida criou desigualdades entre os profissionais de diferentes municípios e pressionou as unidades de saúde, principalmente nos centros urbanos, fazendo cair a contratação dessas categorias.

Após o golpe, uma sequência de investidas contra a saúde começa a ocorrer. Ainda em 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 9520, que congelou os gastos com saúde e educação por um período de 20 anos, o que gerou uma forte comoção e preocupação entre os gestores do SUS, organizações da sociedade civil do campo da saúde, associações e entidades da reforma sanitária.

Já em 2017, o então ministro da saúde, Ricardo Barros, começou a fortalecer o discurso de criação de planos de saúde populares, como se esses e o sistema de saúde suplementar pudessem dar conta da dita “ineficiência” do SUS. Essa, causada pelo desmonte promovido pelo próprio governo federal e as inúmeras ações voltadas para seu enfraquecimento.

Em meio a protestos de diversos setores da saúde e sem levar em conta as contribuições de especialistas, profissionais e entidades da Saúde Coletiva nacional, em 2017 é proposta uma nova política de APS para o SUS, a partir de uma revisão alinhada com novos quadros

políticos que tomavam a frente do Ministério da Saúde na época. Ainda que hoje, possamos aferir que o processo de revisão da PNAB, não necessariamente tinha como pano de fundo a intenção de um enfraquecimento da política de APS no Brasil, mas sim, sua reformulação, e que a mesma reafirmou elementos importantes da política (Almeida *et al.*, 2018).

Fato é que, o cenário de instabilidade promovido pelo processo de impeachment da presidenta Dilma Rousseff (PT), alinhado com a mudança ministerial, abriu margem em 2017 para que gestores públicos promovessem mudanças prejudiciais para a APS em seus municípios. Sendo o exemplo mais contundente o do Rio de Janeiro, que na época com a prefeitura de Marcelo Crivella (Republicanos) fechou serviços de APS atrelando essas escolhas à revisão da PNAB.

A seguir, apresento uma sistematização dos principais aspectos de mudança da PNAB em 2017, considerando oito eixos temáticos que estiveram em destaque durante o processo de revisão, a saber: (1) aspectos conceituais e políticos; (2) agentes comunitários de saúde e agentes comunitários de endemias; (3) núcleo de apoio à saúde da família; (4) equipes e cargas horárias; (5) financiamento; (6) território e vínculo; (7) cobertura populacional e; (8) educação permanente e formação em saúde, com a comparação de como era e quais elementos permeiam durante a revisão e na política em si de 2011 e como passou a ser, a partir de 2017.

Quadro 1 - Comparativo entre a PNAB de 2011 e a PNAB 2017 segundo eixos temáticos

Eixo temático	PNAB 2011	PNAB 2017
Aspectos conceituais e políticos	<p>Reforça a afirmação discursiva da Estratégia Saúde da Família como modalidade prioritária de implementação da Atenção Básica no Brasil;</p> <p>Ocorreu após um amplo acúmulo de experiências e a partir da demanda de setores da saúde por uma atualização da política que se pretendia ter caráter</p>	<p>Introduz os conceitos de “padrão essencial” e “padrão ampliado” na conformação e classificação das ações e serviços, sem detalhamento;</p> <p>Abre precedente para a implementação de uma APS seletiva¹⁰ ao reforçar (mais que a anterior) a priorização de atendimento para populações vulnerabilizadas;</p>

¹⁰ Atenção Primária à Saúde Seletiva: Durante a década de 1980, a concepção de atenção primária como cesta restrita de serviços básicos selecionados, voltados à população em situação de maior pobreza, passou a ser hegemônica para diversas agências internacionais, como o Banco Mundial, e hoje é conhecida como atenção primária seletiva. A atenção primária seletiva designa um pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres. Inicialmente proposta como estratégia interina e afirmada como complementar às proposições de Alma-Ata, a APS seletiva difundiu-se, a partir de então, destinada a controlar apenas algumas doenças em países em desenvolvimento (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

	estruturante e organizativo do Sistema Único de Saúde.	Não contou com participação popular, sendo uma revisão atravessada por críticas de setores da saúde tais como academia, políticos, organizações da sociedade civil, associações e conselhos profissionais.
Agentes Comunitários de Saúde e Agentes Comunitários de Endemias	O ACS era obrigatório na EqSF (1 ACS para cada 750 pessoas cobertas, com um mínimo de 4 e máximo de 12 ACS por equipe); São definidas 8 atribuições para o ACS; Coordenação do trabalho do ACS devia ser feita pelo enfermeiro; ACE não compunha EqSF.	O ACS permanece obrigatório na EqSF em número a depender do “perfil epidemiológico local”; É especificado que em áreas de maior vulnerabilidade, um ACS poderá ser responsável por no máximo 750 pessoas; Não há número máximo de ACS por equipe; Passa a ser facultativo no modelo de eAB; Os ACS têm incorporadas as atribuições do ACE.
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)	Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família atuavam junto à ESF, incluindo equipes ribeirinhas, fluviais e do Consultório na Rua.	A denominação é alterada para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), suprimindo a noção de “apoio” e passa a apoiar, além das eSf, as eAB.
Equipes e carga horária	Carga horária semanal de eSF igual a 40h, podendo haver por exemplo, médicos com carga horária de 20h ou 30h semanais.	É retirada a possibilidade de médicos com carga horária inferior, ficando todos os profissionais com carga horária semanal de 40 horas; As EqAB estão previstas com carga horária semanal mínima de 10 horas para seus profissionais, sem a obrigatoriedade de ACS na sua composição.
Financiamento	Apenas o modelo de ESF era financiado com recursos federais	Mantém o financiamento das eSF como prioritário e passa a financiar, com valor inferior, as EqAB.
Território e vínculo	O usuário só poderia se vincular a uma UBS.	É facultado ao gestor possibilitar que o usuário se vincule a mais de uma UBS
Cobertura populacional	Até 4 mil pessoas por equipe, sendo a média recomendada de 3 mil pessoas por equipe.	De 2 mil a 3.500 pessoas por equipe, seguindo parâmetros baseados nos riscos e vulnerabilidades territoriais

Educação Permanente e Formação em Saúde	É mencionada dezenas de vezes ao longo do texto, sendo garantida a dedicação de até 8 horas semanais para atividades de educação permanente por parte dos profissionais.	É retirada a possibilidade de que parte da carga horária dos profissionais possa ser destinada para atividades de educação permanente; Reforça aspectos da formação em saúde para graduandos e articulação para desenvolvimento de trabalhos de pesquisa e extensão.
---	--	---

Fonte: Adaptado de ALMEIDA *et al.*, (2018) e MELO *et al.*, (2018).

Com relação às mudanças na atenção primária à saúde, podemos observar que, em que pese as discontinuidades da nova versão da política não parecerem tão graves assim, a versão editada em 2017 traz uma série de enfraquecimentos do que até então era considerada a política orientadora do SUS. Entre as mudanças, podemos citar, por exemplo, a retirada da palavra “democrática” do texto, ao se falar no formato das práticas de cuidado e de gestão.

Além disso, o conceito de “humanização” desaparece por completo dos princípios enunciados na nova versão da política, o que na versão de 2011 não acontecia (Melo *et al.*, 2018). Essas mudanças davam o tom do lugar que uma política outrora renovadora, passava a ocupar na agenda política do governo, bem como no SUS.

Em termos concretos, o enfraquecimento da política ocorre, principalmente no reconhecimento de outras formas de organização da Atenção Básica, para além do modelo de Saúde da Família, que antes era o modelo preconizado; o número mínimo de ACS por equipe, que na versão anterior era de quatro, e na versão atualizada, não é definido; a recomendação de que o ACS deve cobrir 100% da população em condições de maior risco e maior vulnerabilidade, e não mais 100% da população da EqSF, o que reforça um modelo de saúde pública voltada apenas para pessoas mais pobres e não o modelo universal como deveria ser; o Núcleo de Apoio a Saúde da Família passa a ser chamado de núcleo “ampliado”, entre outras alterações (MELO *et al.*, 2018). O desmonte da APS fica mais explícito nos aspectos organizacionais das equipes e unidades básicas de saúde. No detalhamento da organização, a PNAB reforça o caráter “seletivo” ou pouco abrangente da nova versão da política.

Com a ascensão de uma figura política medíocre e de pouca expressão durante o conturbado período pré-eleitoral de 2018, e a partir de uma grande orquestração do poder judiciário para afastar o ex-presidente Lula, favorito nas pesquisas de opinião da disputa eleitoral naquele ano, em novembro de 2018, Bolsonaro (PSL) chega a presidência do Brasil

para o desespero de todos aqueles que construíram e defenderam até então um sistema de saúde universal, gratuito e de qualidade, fundamentado em princípios democráticos.

Bolsonaro chegou ao poder com um programa de governo fraco que, no tema da saúde, se restringia a dizer que pretendia “Fazer muito mais com os atuais recursos”, sem mencionar como aconteceria o financiamento de seu plano para saúde e se restringindo a dizer que a organização da rede assistencial se faria a partir de um “credenciamento universal de médicos”, apresentando como principal argumento: “a saúde deveria ser muito melhor com o valor que o Brasil já gasta” (SCHEFFER; BAHIA; BRAGA, 2018).

A partir de 2019, com o início do mandato do presidente Bolsonaro (PSL) e com a conformação de ministérios com cunho ideológico extremamente liberais, a exemplo da nomeação do Ministro da Economia, Paulo Guedes, e o Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, o cenário de ataque à saúde pública, e em contexto mais abrangente, a seguridade social, se intensificou. Além disso, a partir desse período, os mecanismos de participação e controle social na saúde se viram ainda mais enfraquecidos e sem possibilidade real de atuação para frear as inúmeras tentativas de desmonte das políticas sociais no país.

Nestas investidas contra as principais políticas sociais do país, podemos citar a aprovação da reforma da Previdência e a reforma Trabalhista de cunho neoliberal, e a proposição em agosto de 2019, e posteriormente aprovação — em meio a pandemia de Covid-19 — da Agência Nacional de Desenvolvimento da APS, uma agência que apesar do nome apresentar uma proposta desenvolvimentista, na verdade funciona como uma entidade do Terceiro Setor, conhecida como Serviço Social Autônomo (SSA) que segundo entidades da Saúde Coletiva configura-se como um grande risco para o SUS (ABRASCO, 2020, online) já que:

É um ente privado e não estatal (apesar de criada pelo governo) com natureza jurídica próxima a outras experiências como as Organizações Sociais de Saúde (OSS), só que agora com uma dimensão nacional, que irá usurpar atribuições antes da alçada da União, estados e municípios em relação ao ordenamento e funcionamento de serviços de atenção primária à saúde do país.

Potencializando ainda mais as ameaças ao SUS, o novo modelo de financiamento federal para APS, apresentado pela primeira vez e aprovado ao longo de 2019, e que teve um significativo impacto naquele ano e nos anos seguintes na estruturação e organização dos serviços de APS nos diferentes municípios do país. O modelo que passou a vigorar a partir de 2019 foi constituído a partir da defesa de uma suposta ineficiência dos gastos em APS no país,

e se embasam principalmente em experiências internacionais¹¹, como por exemplo, da Inglaterra, mas falha ao não considerar questões sociais, demográficas e culturais importantes do Brasil.

O modelo instituiu o fim do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, que consiste na transferência federal per capita para os municípios brasileiros, levando em conta suas populações estimadas e características socioeconômicas. No novo modelo, o que é levado em conta é apenas a quantidade de pessoas cadastradas pelos serviços de APS, além de indicadores de desempenho mal definidos, e, portanto, abrem margem para que não necessariamente os “melhores municípios” possam receber o maior financiamento. Para Melo *et al.*, (2018) a exigência de cadastro e lista de pacientes para a transferência intergovernamental de recursos pode gerar instabilidades para a gestão municipal, além de ferir um princípio básico do SUS: a universalidade.

Na época, gestores e especialistas em APS criticaram o modelo adotado, afinal, qualquer um que já atuou na APS sabe que geralmente as equipes trabalham cobrindo uma quantidade maior de famílias e indivíduos do que a estipulada na própria PNAB, e o processo de cadastramento de famílias e indivíduos que é realizado em sua grande maioria pelos ACS ou enfermeiros, muitas vezes é comprometido diante da necessidade do atendimento de demandas mais urgentes, como o cuidado em saúde. Logo, instituir um modelo onde o cadastro, ou seja, o trabalho de um profissional de saúde seja o pré-requisito para o recebimento de recursos, não parece ser a melhor forma de garantir acesso à saúde de qualidade para uma população.

Em outubro de 2019, o ministro da saúde, Mandetta defendeu o modelo a partir de um discurso onde apresentava como algo positivo o que ele chamou de “competição saudável” entre os municípios e reforçou a ideia de que “medir, financiar, cobrar, trazer os resultados” seria o melhor caminho para a APS (STEVANIM, 2019). Nesta época, o Conselho Nacional de Saúde teve papel fundamental ao criticar a aprovação deste financiamento e as falas feitas pelo ministro, uma vez que, segundo nota do CNS (2019): “As políticas de saúde não podem ser construídas de forma vertical, sem escuta ao controle social, que é composto pela

¹¹ O modelo de financiamento proposto foi apresentado tendo como inspiração o que é adotado atualmente no Reino Unido. Fato importante desta comparação inadequada é que, no Reino Unido, a captação por lista de pacientes é usada para remunerar médicos generalistas que prestam atendimento à população em serviços de APS, mas não para a alocação de recursos para regiões de saúde. Neste caso, o que é levado em consideração por lá — e que deveria ser considerado no Brasil — são critérios combinados de necessidades de saúde e busca de equidade (MELO *et al.*, 2019).

diversidade crítica do povo brasileiro para que tenhamos um SUS, de fato, participativo e com qualidade”.

Nem mesmo as lutas travadas ao longo de 2019 por profissionais, gestores e militantes em defesa do SUS diante do cenário de desfinanciamento, poderiam prever o que nos esperava no ano seguinte a tantas mudanças e fragilização de nosso sistema e em especial, da APS. Mais do que nunca precisaríamos dos nossos serviços funcionando adequadamente para evitar milhares de mortes pela doença que começava a surgir no fim de 2019, do outro lado do globo.

3.1 COVID-19 E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERSPECTIVAS DE UM FUTURO INCERTO E OS DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MEIO A CRISE SANITÁRIA, SOCIAL E POLÍTICA NO BRASIL

Em dezembro de 2019, um novo vírus da família *Coronaviridae* (inicialmente chamado de Novo Coronavírus 2019-nCoV, e mais tarde renomeado para SARS-CoV-2), causador de uma síndrome respiratória aguda grave (Covid-19), emergiu em Wuhan, província de Hubei, China. A transmissão ocorre de pessoa para pessoa por meio de gotículas respiratórias, principalmente. O SARS-CoV-2 demonstrou padrão de infecção em humanos semelhante a outros coronavírus, particularmente o coronavírus com síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV).

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou a epidemia do novo coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em 11 de março de 2020, em meio a muitas críticas pela demora da ação da organização, a doença foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. O primeiro caso de Covid-19 no Brasil foi registrado em 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo e o paciente teria acabado de retornar de uma viagem à Itália, que no momento era o epicentro da doença na Europa.

A primeira morte por Covid-19 veio semanas depois, a vítima, no entanto tinha um perfil diferente do primeiro caso, mas já dava alguma pista de como seria essa doença em um país com desigualdades sociais tão marcantes como o Brasil. O primeiro óbito pela doença foi registrado pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro em 19 de março e tratava-se de uma senhora de 63 anos, moradora de Miguel Pereira, interior do Rio de Janeiro e que veio a óbito pelos sintomas suspeitos da Covid-19, que mais tarde se confirmou.

A senhora em questão, trabalhava na capital do Rio de Janeiro e tinha tido contato direto com sua empregadora, que chegou da Itália e testou positivo para Covid-19 e não lhe

avisou da situação de saúde em que se encontrava. A empregada deu entrada no Hospital Municipal Luiz Gonzaga já em quadro grave, vindo diretamente de seu ambiente de trabalho para a unidade hospitalar, chegando ao óbito horas depois.

Em que pese no início da pandemia com os comunicados diários e informações atualizadas sobre a situação do vírus no país, tivéssemos alguma esperança que o nosso experiente SUS pudesse atuar de forma a reduzir danos e controlar a disseminação do vírus da Covid-19 em território brasileiro, o que vimos nesse mais de um ano de pandemia foi um verdadeiro descaso com as vidas e a comprovação de que frente a uma crise precisamos de governantes comprometidos com a defesa da vida e do funcionamento das instituições públicas a serviço de sua população.

O debate sobre seguridade social e a ampla experiência do SUS em ações de vigilância em saúde foi o principal aspecto da agenda federal em um primeiro momento diante da pandemia. Mas não demorou tanto para vermos que a situação poderia ficar descontrolada, fosse pelos desentendimentos entre as ordens dadas pelo Ministério da Saúde e pelo próprio presidente da República, ou fosse por falas como a do ministro Mandetta em 19 de março durante uma coletiva, ao convocar Agentes Comunitários de Saúde que atuam na APS para combaterem a pandemia de Covid-19, sem parecer levar em conta o contexto de desfinanciamento da PNAB desde 2017, a escassez absoluta de EPIs, além de pouco conhecimento a respeito da efetividade de formas de prevenção contra o vírus, ou mesmo sobre sua transmissibilidade ou letalidade real,

Ao longo deste mais de um ano de pandemia de Covid-19 no Brasil, desde março de 2020, quando é decretado o estado de emergência sanitária pela Organização Mundial da Saúde, até maio de 2021, mais de 450 mil mortes por Covid-19 acumuladas, com números diários no período de em média 90 mil novas infecções por dia e chegando a marca de mais de 4 mil óbitos por Covid-19 em apenas 24h, o presidente da república, Jair Bolsonaro e seu Ministério da Saúde não apenas deixaram de agir no momento em que deveriam, como atuaram de forma ativa para propagar desinformação relacionada à doença, incentivar uso de medicamentos de forma irresponsável, promover aglomerações e atacar os profissionais de saúde e a democracia brasileira.

Pode-se dizer que houve por parte dos governos federal, estaduais e municipais uma verdadeira subutilização dos serviços de APS no país, no que diz respeito ao enfrentamento da pandemia de Covid-19, tendo a atenção hospitalar se tornado foco nos debates políticos e de planejamento de controle da pandemia. Meses após o primeiro caso da doença no país,

sabemos que os campos de atuação da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19 são muitos, como sistematizado abaixo (GIOVANELLA *et al.*, 2020).

Quadro 2 - Campos de atuação da atenção primária à saúde na rede de enfrentamento à pandemia de Covid-19

Eixo de atuação	Ações que necessitam ser desenvolvidas
Vigilância em saúde nos territórios	<ul style="list-style-type: none"> • Ações de prevenção primária e secundária • Informação e educação em saúde na comunidade e nos serviços essenciais • Testagem de casos suspeitos, contatos e profissionais de saúde.
Cuidado individual dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar os fluxos de atenção à saúde • Cuidar dos pacientes com quadros leves • Prover Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) apropriados para todos os profissionais de saúde conforme atividade realizada e capacitação sobre utilização adequada • Garantir o encaminhamento oportuno daqueles que necessitem de cuidados de outros níveis de atenção • Teleatendimento disponibilizando telefone de contato para usuários • Capacitar profissionais para o cuidado
Apoio aos grupos vulnerabilizados no território	<ul style="list-style-type: none"> • Articular a iniciativas comunitárias e promover a atuação intersetorial • Mapear usuários de maior risco para Covid-19 (idosos, pacientes crônicos, pessoas em extrema pobreza e com insegurança alimentar)
Continuidade dos cuidados rotineiros da APS	<ul style="list-style-type: none"> • Dar continuidade aos cuidados rotineiros • Permanecer de porta aberta, mas com restrições • Garantir continuidade da assistência farmacêutica

Fonte: Adaptado de GIOVANELLA *et al.*, (2020).

Diante do cenário exposto, o que foi possível constatar é que desde o princípio havia uma gama de ações de enfrentamento a Covid-19 de base comunitária, mas também de cuidado direto em saúde onde os profissionais da APS poderiam ter atuado diretamente ou prestado apoio a agentes locais e lideranças dos próprios territórios em que se encontram suas UBS. Mesmo assim, decisões políticas e da gestão, além da limitação de recursos, fez com que essas ações se tornassem pontuais e não uma normativa de todos os serviços de APS do país.

Com relação às limitações da atuação na APS, ficou evidente a partir das ações de enfrentamento a Covid-19 e das ações de continuidade de cuidados rotineiros de saúde que

alguns problemas estruturais para os quais os últimos governos dedicaram pouca atenção, teriam impacto direto no cenário de crise. Segundo MENDES *et al.*, (2020) no momento em que houve a necessidade de priorização da modalidade de atendimento online no lugar do atendimento presencial, e onde foi necessária a disponibilização de recursos tecnológicos para os profissionais de saúde nas UBS, bem como para os próprios usuários atendidos foi possível notar a precariedade em termos de infraestrutura que ainda persistia nos serviços de APS do país, dificultando a continuidade do cuidado e a qualidade do atendimento.

Ainda em 2020, as primeiras vacinas receberam autorização para uso emergencial em alguns países europeus e nos Estados Unidos e, no dia 17 de janeiro de 2021, a ANVISA autorizou o uso emergencial de duas vacinas no Brasil. Minutos depois, Mônica Calazans, mulher negra e enfermeira da UTI do Instituto Emílio Ribas, em São Paulo, foi a primeira brasileira vacinada no território nacional (CASTRO, 2021).

Desde então, a vacinação vem acontecendo “a conta gotas” em território nacional, com inúmeros entraves, erros logísticos e uma falta de diálogo entre os entes federativos para realização da distribuição adequada. Além disso, em maio de 2021 foi instaurada a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Covid-19 que entre outros temas, investiga os erros e a omissão do governo federal na compra de vacinas, transporte de insumos para fabricação, fabricação indevida de medicamentos e negligência em situações graves que ocorreram em território nacional desde o fim de 2020, a exemplo da crise do oxigênio em Manaus¹². Todos esses erros que hoje são investigados e que ainda não se sabe se serão devidamente punidos, levaram direta ou indiretamente a milhares de mortes evitáveis em todo o país.

¹² Segundo a Folha de São Paulo (SASSINE, 2021), nas primeiras horas da madrugada de 14 de janeiro de 2021, o oxigênio se esgotou em hospitais de Manaus, capital do Amazonas. Pacientes com Covid-19 morreram asfixiados. O Ministério da Saúde foi acionado, ainda em dezembro, diante da iminência do caos, mas demorou a agir. Parentes de pacientes se viram desesperados para comprar cilindros de oxigênio na iniciativa privada. Quem tinha dinheiro pagou por UTIs aéreas para transportar doentes a outros estados e tiveram a chance de sobreviver. Mais de 500 pacientes em condições de saúde menos graves, sem dependência imediata de uma UTI, foram a outras regiões, em aviões da FAB (Força Aérea Brasileira), o que fez também com que a chamada “variante de Manaus” se espalhasse pelo país mais rapidamente, agravando ainda mais a situação da pandemia em território nacional. O governo federal na época pouco fez para conter a situação, ficando a cargo do governo do estado recorrer a outros estados e até ao país vizinho, Venezuela para conseguir cilindros de oxigênio para sua população.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em termos de uma compreensão histórica, é possível atestar que a PNAB é fruto de um longo processo cumulativo de doutrinas e perspectivas organizacionais e de exercício do cuidado profissional; mas, de outro, é igualmente parte dos esforços de uma renovada geração de sanitaristas, trabalhadores e usuários que, em seu tempo, souberam inscrever no interior do Estado brasileiro essa perspectiva chamada uma “tradição renovada”.

Em toda sua existência o modelo de sistema de saúde centrado na atenção primária ganhou força no Brasil. Ainda que os últimos anos tenham sido marcados por retrocessos no que diz respeito ao financiamento e às tentativas de desmonte e desvalorização desse modelo por parte dos governos, a pandemia de Covid-19 e a centralidade que o SUS tomou no último ano, podem significar mudanças positivas em um futuro próximo, não apenas para planos de futuros governantes, mas também para a consolidação de um imaginário social positivo em relação ao SUS e aos serviços ofertados pelo mesmo.

Ainda que a atenção hospitalar tenha tomado centralidade no debate de prevenção e tratamento durante a pandemia, as ações de vigilância em saúde, bem como o uso da telemedicina, evidenciam a necessidade de um esforço coordenado entre os diferentes níveis de atenção à saúde para que seja possível frear e combater a pandemia. m

A experiência da rede de atenção primária à saúde frente à campanha de vacinação contra a Covid-19 no SUS também demonstra o quanto uma rede de APS articulada com o restante do sistema é fundamental para a garantia do acesso à saúde e a proteção de toda população brasileira.

Mesmo em um cenário de caos e desorganização política com relação ao enfrentamento da pandemia, o que vemos é um sistema de saúde consolidado, com gestores e profissionais de saúde responsáveis e comprometidos com seu funcionamento e comprometidos com salvar vidas da população brasileira.

A expectativa hoje é que a saída desta crise traga uma maior urgência de discutir e valorizar o maior patrimônio que o Brasil conquistou, o SUS. E que a saúde local, com foco nos cuidados primários, com prevenção de agravos, vigilância em saúde e interação profunda com a comunidade passe a ser regra ao pensarmos políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. A.; MICHELOTTI, F. C.; RAMOS, T. K. S. Programas governamentais de provisão: perfil e motivações dos médicos que migraram do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) para o Mais Médicos em 2016. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, supl. 1, p. 1217-1228, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0607>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA - ABRASCO. **Criação da ADAPS e ataque ao SUS em meio a crise do coronavírus**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/nota-criacao-da-adaps-ataque-ao-sus-em-meio-a-crise-do-coronavirus/45944/>. Acesso em: 22 abr. 2021.

ALMEIDA, E. R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Saúde Pública**, n. 42, e180, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>.

ÁVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, 2011.

AYRES, L. F. A. *et al.* As estratégias de luta simbólica para a formação da enfermeira visitadora no início do século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 19, n. 3, p. 861-882, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702012000300005>.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M.; FALLEIROS, I. **A saúde nos programas dos candidatos à Presidência da República do Brasil em 2018: uma análise sobre a relevância das proposições para a melhoria da rede de serviços e da saúde da população**. São Paulo: [s. n.], 2018.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 16 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE), e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, que aderirem ao Programa Saúde na Escola – PSE. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Câmara Técnica de Atenção Básica do Conselho Nacional de Saúde (CTAB/CNS). Resolução nº 609, de 13 de dezembro de 2018. decide apoiar a Declaração Alternativa da Sociedade Civil em Astana sobre Cuidados Primários de Saúde (Alternative Civil Society Astana Statement on Primary Health Care). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2018.

BUSS, Paulo Marchiori. Estratégia deve contemplar a diversidade epidemiológica do país. **Revista Tema**, p. 13, nov. 1991.

BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 4, n. 1, 2010. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/receis/article/view/710/1355>. Acesso em: 3 dez. 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; PEREIRA JÚNIOR, Nilton. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18922016>.

CASTRO, Ana Luisa Barros de. **A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil**: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008. 2009. 215 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 477-506, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000200005>.

CASTRO, Ana Luiza Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 477-506, 2012.

CASTRO, Rosana. Vacinas contra a Covid-19: o fim da pandemia? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, 2021.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, supl., p. S7-S27, 2008.

- CONILL, Eleonor Minho. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, supl., p. 191- 202, 2002.
- CORREIA, Patrícia Caroline Iacabo; GOULART, Patrícia Martine; FURTADO, Juarez Pereira. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). **Saúde em Debate**, v. 41, n. esp., p. 345-359, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S25>.
- CUETO, Marcos. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, v. 94, n.11, p.1864-1874, 2004.
- FALEIROS, Vicente de Paula *et al.* **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**. 2005. 261 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- FERNANDES, Luisa; ORTEGA, Francisco. A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/dR8cWVJsGKzFBpKvg8KNw8k/?lang=pt#>. Acesso: 12 abr. 2021.
- FONTENELLE, Leonardo Ferreira. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 22, 2012. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/417>. Acesso em: 13 dez. 2020.
- GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA; Maria Helena Magalhães de. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.
- GIOVANELLA, Ligia *et al.* A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1286>. Acesso em: 12 mar. 2021.
- GIOVANELLA, Ligia *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.
- GIOVANELLA, Ligia *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>.
- GUTERRES, António. High-level meeting on universal health coverage (opening and plenary segment). *In*: GENERAL ASSEMBLY, 74 session, 2019. Disponível em: <http://webtv.un.org/search/part-1-high-level-meeting-on-universal-health-coverage-opening-and-plenary-segment-general-assembly-74th-session/6088869472001/?term=ant%C3%B3nio%20guterres%20%20universal%20health%20coverage&sort=date&page=5>. Acesso em: 20 abr. 2021.

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; LIMA, Luciana Dias de (org.). **A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde em Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

MELO, Eduardo Alves *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp.1, p. 38-51, 2018.

MELO, Eduardo Alves *et al.* Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp.1, 2018.

MELO, Eduardo Alves *et al.* Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, n. esp. 5, p. 137-144, 2019.

MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42962>. Acesso em: 16 abr. 2021.

MEDINA, Maria Guadalupe. O papel do Programa Saúde da Família na organização da atenção primária em sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 1153-1167, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/22.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2020.

NORONHA, José Carvalho de. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 847-849, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/03.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Resolução 58.33**: financiamento sustentável da saúde: cobertura universal e seguro social de saúde. Genebra: OMS, 2005. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/20383/WHA58_33-en.pdf?sequence=1. Acesso em: 23 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório Mundial da Saúde: Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal**. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: https://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf. Acesso em: 23 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Declaração de Alma-Ata. *In*: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. ALMA-ATA, URSS, 6-12 set. 1978.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. [S. l.]: ONU, 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wpcontent/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. **Strategy for universal access to health and universal health coverage**. 53º Conselho Diretor. Washington, DC: OPAS, 2014.

(CD53/5, Rev. 2). Disponível em: <https://www.paho.org/uhexchange/index.php/en/uhexchange-documents/informacion-tecnica/29-estrategia-para-o-acesso-universal-a-saude-e-a-cobertura-universal-de-saude/>. Acesso em: 23 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde. [S. l.]: OPAS, 2007. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31085>. Acesso em: 2 nov. 2020.

PAIM, Jairnilson. Quando a municipalização não é o caminho. **Revista Tema**, p. 27, nov. 1991.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção *et al.* (org.). **Tempos críticos**: trajetórias e perspectivas da Atenção Primária à Saúde no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2019. 120 p.

PARTIDOS DOS TRABALHADORES. **Programa de Governo**: Coligação Lula Presidente. [S. l.]: PT, 2002.

PEOPLE'S HEALTH MOVEMENT. **Declaração alternativa à Declaração de Astana**. Bangladesh: PHM, 2018. Disponível em: <http://phmovement.org/wpcontent/uploads/2018/10/AlternativeCSAstanadeclaration11Oct.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2021.

STEVANIM, Luiz Felipe. Previne Brasil: mudança sem debate. **RADIS**, 2019. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/previne-brasil-mudanca-sem-debate>. Acesso em: 22 jan. 2021.

SASSINE, Vinicius. A Saúde convoca hospitais de 5 estados e do DF para receber 235 pacientes de Manaus. **Folha de São Paulo**, 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/01/saude-convoca-hospitais-universitarios-de-6-estados-para-receber-135-pacientes-de-manaus.shtml>. Acesso em: 23 abr. 2021.

SOUZA, Heloíza Machado de *et al.* (org.). **Recursos humanos em saúde**: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. São Paulo: UNICAMP/IE, 2002.

SOUSA, Marta Caires de. **Saúde na escola**: analisando os caminhos da intersetorialidade. 2014. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

SOARES, Stephanie Santos; LIMA, Luciana Dias de; CASTRO, Ana Luisa Barros de. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 5, n. 2, p. 170-177, 2014. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/213>. Acesso em: 13 dez. 2020.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 276p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Astana declaration on primary health care**: from Alma-Ata towards universal health coverage and the sustainable development goals. [S. l.]: WHO, 2018. Disponível em: http://www.who.int/primary-health/conference-phc/DRAFT_Declaration_on_Primary_Health_Care_28_June_2018.pdf. Acesso em: 14 abr. 2021.

VIANA, Ana Luiza; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.