



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

EDUARDA GARCEZ ALMEIDA

**A ANÁLISE DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL E OS DESAFIOS
CONTEMPORÂNEOS**

Rio de Janeiro

2021

EDUARDA GARCEZ ALMEIDA

**A ANÁLISE DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL E OS DESAFIOS
CONTEMPORÂNEOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como um dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Debora Holanda Leite Menezes

Rio de Janeiro

2021

AGRADECIMENTOS

Certa vez, ouvi de Benilda de Brito, mulher negra, mãe, pedagoga e mestre, que toda vez que uma jovem negra chega em casa com um diploma, é uma conquista da família, uma vitória de uma raça e um compromisso com a história. Hoje, as palavras de Benilda ecoam mais fortes em meus ouvidos.

Este trabalho é produto de uma luta coletiva, uma jornada cujos passos vem de muito longe. Por esta razão, não poderia deixar de dedicá-la à cada pessoa que deixou sua contribuição em minha trajetória.

À minha querida família, que caminhou duros e apertados passos para que eu chegasse até aqui.

À minha mãe, Luciane, que retirou à mão cada pedra do caminho para que eu pudesse atravessar a vida com mais facilidade e esperança, dando asas aos meus sonhos e acreditando em cada um deles, ainda que eu não o fizesse.

A meu pai, Eduardo, e à minha madrasta, Elaine, pelo apoio incondicional e por todas as palavras de conforto e estímulo sempre presentes em minha caminhada.

Aos meus amados irmãos, Sophia e Noah, para os quais dedico o esforço de abrir novos caminhos e novos horizontes.

À Gabriel, companheiro de vida, de sonhos e de academia. Obrigada por somar seus sonhos aos meus e caminhar ao meu lado em direção a todos eles, pela alegria que trouxe aos meus dias tensos e pelo cuidado nos dias exaustivos.

Aos meus amigos de toda uma vida, pelas ricas trocas de experiências interdisciplinares que tanto engrandeceram a profissional que me torno hoje e, sobretudo, pela amizade que suspende do cotidiano e sara a alma.

Às minhas queridas *princesas proletárias* pela parceria durante a jornada, pela amizade que floresceu nos corredores do anexo da Escola de Serviço Social e pelas risadas e brigadeiros que adoçaram meus dias na Praia Vermelha.

À Joyce Silviano, professora de sociologia da Escola Olga Benário Prestes que, frente ao cenário caótico de uma greve em defesa dos profissionais da educação da rede estadual, não fugiu à luta e despertou os

anseios de uma jovem estudante frente às contradições de uma realidade que eu só viria a compreender anos depois.

À Carmen Corato, Daniel Campos e Guilherme Almeida, professores da graduação, pelo afeto, empatia e representatividade que marcaram a minha caminhada e que me fizeram acreditar em uma universidade mais acolhedora para os meus semelhantes.

À Monica Delgado, Fernanda Rodrigues, Fabiana Luiz e Marcos Botelho da Coordenação de Estágio e Extensão da Escola de Serviço Social da UFRJ pelos aprendizados tão marcantes.

Aos professores Janete Leite, Charles Toniolo, Maurício Caetano do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Políticas Sociais, Serviço Social e Questão Social por ampliarem meus horizontes e me apresentarem ao mundo da pesquisa acadêmica.

À Debora Holanda, minha querida orientadora, pela solicitude diante os meus anseios, pelo direcionamento de minhas inseguranças e por acreditar em meu potencial.

Aos queridos professores Marcos e Guilherme, novamente, por aceitarem o convite para comporem a minha Banca e pela disponibilidade de se debruçarem sobre o meu trabalho.

À Amanda Mendonça, minha supervisora de estágio e Assistente Social de luta, por se tornar uma referência pessoal e profissional para mim. Meus agradecimentos se estendem à toda equipe NASF Maré, sobretudo Igor e Conceição, pelas trocas e aprendizados compartilhados.

À todos que vieram antes de mim e à todos que virão após a minha passagem.

Resumo

O trabalho pretende analisar a trajetória da Atenção Básica no Brasil, refletindo acerca da conjuntura macroeconômica e seus rebatimentos na conformação dos desafios que estão colocados para este modelo na agenda contemporânea. Para tal, faz-se necessário o resgate do processo de construção do Sistema Único de Saúde e das redes de atenção que implementaram no Brasil uma concepção abrangente de atenção primária à saúde, diferente do que ocorreu em outros países da América Latina. Foi realizada pesquisa descritiva através de documentos oficiais, portarias e bancos de dados do Sistema Único de Saúde, bem como de revisão da literatura especializada. Os resultados apontam que o período de redemocratização e recomposição dos movimentos sociais na década de 80, sobretudo a luta do Movimento de Reforma Sanitária, resultaram em consideráveis ganhos para a saúde pública e para o reconhecimento formal de perspectiva ampliada de saúde sob os princípios da universalidade, da integralidade dos serviços e da participação coletiva. Entretanto, o regime de ajuste fiscal permanente no Brasil, inaugurado a partir dos anos 90 tem desempenhado um papel propulsor no desmonte das conquistas democráticas e na saúde pública brasileira, com graves prejuízos ao atendimento da população no Brasil, especialmente para os grupos considerados mais vulneráveis. Demonstra-se, através do exposto, que o avanço do ultraneoliberalismo no Brasil e da ofensiva privatizante sobre os serviços de saúde têm reforçado a lógica de uma “Atenção Básica para os pobres”, cada vez mais segmentada e focalizada na oferta serviços de baixa complexidade voltados a grupos específicos, tal como proposto, inicialmente, pelas entidades internacionais insatisfeitas com a proposta de atenção integral de Alma-Ata. Os desafios da contemporaneidade conjugam-se às contradições que nunca deixaram de impor-se ao direito à saúde no Brasil e reverberam na Atenção Básica o desafio de prover uma atenção à saúde universal, integral e resolutive.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Atenção Básica; Neoliberalismo; Sistema Único de Saúde; Redes de Atenção; Desafios e Impasses da Atenção Básica.

SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABS – Atenção Básica à Saúde

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AIS – Ações Integradas em Saúde

AP – Área Programática

APS – Atenção primária em Saúde

ASSETANS - Associação dos Servidores e demais Trabalhadores da ANS

BM - Banco Mundial

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento

CAP – Caixas de Aposentadoria e Pensão

CAPS - Centros de Atenção Psicossociais

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF – Constituição Federal

CFM - Conselho Federal de Medicina

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

CIT - Comissão Intergestora Tripartite

CMS – Centros Municipais em Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COSAC - Coordenação da Saúde da Comunidade

DAB – Departamento de Atenção Básica

DAPES - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

DESF - Departamento de Saúde da Família

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública

DPS - Departamento de Promoção da Saúde

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC - 95 - Emenda Constitucional 95

ESF - Estratégia Saúde da Família
FEDP - Fundação Estatal de Direito Privado
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FMI - Fundo Monetário Internacional
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
IAP – Institutos de Aposentadoria e Pensão
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MEC - Ministério da Educação
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB - Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB – Norma Operacional Básica
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS – Organização Mundial de Saúde
OS - Organizações Sociais
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde
PIASS - Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste
PMAQ - Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PMB - Programa Médicos pelo Brasil
PMM - Programa Mais Médicos
PPA – Programa de Pronta Ação
PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF – Programa de Saúde da Família
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
REME - Movimento de Renovação Médica

RJ – Rio de Janeiro

SAS - Secretaria de Assistência à Saúde

SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUBPAV – Superintendência de Atenção Primária

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

USF - Unidade de Saúde da Família

UIS – Unidades Integradas de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO I: BREVES REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	14
1.1 Os primeiros séculos.....	14
1.2 Saúde Pública X Medicina Previdenciária.....	18
1.3 O Movimento de Reforma Sanitária e a lógica da seguridade.....	21
CAPÍTULO II: A HISTÓRIA DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL.....	29
2.1 A atenção primária à saúde.....	30
2.2 Da atenção primária à atenção Básica: uma experiência brasileira.....	34
CAPÍTULO III: DESAFIOS DOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO BÁSICA.....	44
3.1 A ofensiva neoliberal sobre as políticas sociais e seus rebatimentos na Atenção Básica.....	44
3.2 O déficit de profissionais e o Programa Mais Médicos.....	51
3.3 Os atuais desafios da Estratégia de Saúde da Família e o enfrentamento à Pandemia de COVID-19.....	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS.....	92

INTRODUÇÃO

Em uma breve análise das primeiras manifestações do cuidado em saúde no Brasil, é possível identificar que a histórica disparidade do acesso ao cuidado médico possui suas raízes entroncadas no processo de colonização e escravização. Isto porque, durante este período, o acesso à saúde já era determinado pela classe social do indivíduo, onde os nobres tinham acesso ao cuidado médico a partir da chegada de profissionais liberais de outros países, enquanto os pobres, escravos e indígenas dispunham apenas da filantropia e da caridade, por vezes ofertada pelas Santas Casas de Misericórdia, ou das práticas medicinais perpetuadas por suas crenças.

Com a chegada ao poder de Dom Pedro II, a saúde no Brasil adquiriu novos contornos através da criação de órgão de controle da saúde pública, com ênfase para o enfrentamento de epidemias que passaram a assolar a cidade em pleno desenvolvimento urbano e para melhoraria a qualidade de vida da população, sobretudo a partir da adoção de medidas voltadas para o saneamento básico.

As campanhas de imunização e as políticas higienistas tornaram-se eixos centrais da configuração da saúde pública nos séculos seguintes. O combate às epidemias de cólera, à varíola e a febre amarela, no curso do século XIX, impulsionaram o desenvolvimento de ações sanitárias ao passo que justificaram incursões fiscalizatórias e coercitivas sobre as moradias coletivas que desafiavam as políticas de controle social no meio urbano.

Já no século XX, a criação de um sistema de proteção social, conquistada através da luta da classe trabalhadora por direitos representou um grande marco para o acesso à saúde no Brasil. Entretanto, a saúde pública prosseguiu tendo como principal incumbência as medidas de prevenção, as campanhas de vacinação em massa e do controle de doenças endêmicas, enquanto a medicina previdenciária passou a garantir o acesso à assistência médica às categorias seguradas, não representando, portanto, grandes avanços à universalidade do acesso aos serviços médicos. Ao contrário, a lógica corporativa que vigorava no modelo previdenciário privilegiou a

ampliação do setor privado e seus serviços médico-hospitalares em detrimento dos investimentos em saúde pública e do sucateamento dos hospitais previdenciários com graves consequências à população, entre elas a redução do combate às epidemias rurais e o aumento da mortalidade infantil.

É sob a égide da expansão da medicina previdenciária que surgem as primeiras tentativas de implantação da Atenção Básica de Saúde (ABS) no Brasil, à exemplo do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), criado em 1976, com o objetivo de promover cuidados primários em saúde à população rural dessa região. Tal programa, financiado pelos recursos da previdência, não foi suficiente, no entanto, para responder às demandas cada vez mais latentes da crise sanitária que desencadeou durante o regime militar.

Nos anos que se seguiram, a atenção primária à saúde ganhou espaço no debate internacional, tendo como marco a Conferência de Alma Ata em 1978, que apresentou um modelo altamente abrangente e com ênfase na integralidade deste cuidado em saúde. A resistência que enfrentou de entidades internacionais, como o Banco Mundial, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Fundação Rockefeller, impediram que a proposta de Alma-Ata conseguisse a adesão necessária para ser implementada, sobretudo nos países latino-americanos.

No Brasil dos governos militares, as Conferências Nacionais de Saúde, sob grande influência desses eventos, desempenharam um papel propulsivo nas reivindicações do movimento de reforma sanitária e das mobilizações coletivas que atravessaram o país naquele período. Destacadamente, a VII e a VIII CNS foram fundamentais para o avanço das propostas de reorientação dos modelos de assistência à saúde, onde foram gestadas propostas como o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) e as Ações Integradas de Saúde (AIS). No entanto, é somente com a Constituição de 1988, que passa a reconhecer a saúde como um direito de todos e dever do Estado, bem como a necessidade de implementação de um sistema descentralizado, hierarquizado e regionalizado para a garantia do acesso universal e integral à saúde.

É no bojo da reorientação desses cuidados, a partir da constituição do SUS, que o nível primário de atenção passa a ocupar um lugar privilegiado enquanto porta de entrada dos serviços em saúde, buscando, através da estratégia de prevenção e da promoção da saúde - baixa e média complexidade -, reduzir a procura por serviços de alta complexidade e garantir um acesso universal.

Entretanto, já nos primeiros anos após o reconhecimento do direito universal à saúde pelo texto constitucional, é possível observar a conformação da abordagem seletiva de atenção primária disseminada pelos organismos internacionais. Isto porque, a partir da década de 1990, o Brasil alinha-se à política macroeconômica difundida pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional, passando a adotar o receituário neoliberal de redução do Estado e racionalização dos custos com as políticas sociais. Nessa perspectiva, os primeiros programas criados com vistas à operacionalização da atenção básica, o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, espelham o cenário em disputa e se materializam através da oferta de ações específicas de saúde a grupos populacionais mais vulneráveis com dificuldades para acessar e usar os serviços de saúde.

Apesar dos consideráveis avanços de sua expansão, especialmente durante os governos do partido dos trabalhadores, a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família, que veio a se tornar sua estratégia prioritária de atuação, têm esbarrado em desafios históricos que colocam em xeque a operacionalização de seus programas e a oferta dos seus serviços.

Dessa maneira, o trabalho tem como objetivo aprofundar o conhecimento acerca da trajetória da Atenção Básica no Brasil, promovendo o debate da constituição da saúde pública e do processo de reorientação dos serviços de saúde a partir da criação do Sistema Único de Saúde e das redes de atenção à saúde, identificando os principais desafios colocados ao modelo de atenção básica. Para tal, utilizou-se o levantamento e seleção bibliográfica em periódicos, livros, artigos e trabalhos acadêmicos que abordam a temática da Atenção Básica, produzidos por estudiosos dos campos da saúde pública e da coletiva, bem como de outras áreas das ciências humanas e sociais

aplicadas, como o serviço social. Além disso, utiliza como categoria de análise documentos oficiais do Ministério da Saúde e as normativas que regulamentaram as políticas de saúde estudadas no curso do trabalho.

Ressalta-se que o enfoque desse estudo se deu em três eixos principais: a trajetória da saúde pública no Brasil; a conformação da atenção primária à saúde, posteriormente nomeada de atenção básica; e os desafios envolvidos à consolidação e operacionalização dos programas desse nível de atenção.

É preciso ressaltar que a escolha pelo tema não se dá de maneira aleatória, uma vez que é norteadada por interesses pessoais e acadêmicos da autora. O interesse pelo tema da Atenção Básica nasce a partir do envolvimento pessoal da autora com o campo, enquanto filha de uma enfermeira da Estratégia de Saúde da Família no território do complexo da Maré, no município do Rio de Janeiro. A aproximação da autora com o tema se expande a partir da inserção no curso de graduação de Serviço Social, onde ela realizou Estágio Supervisionado na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, na área da Atenção Primária à Saúde (A.P. 3.1) pelo Programa Acadêmico Bolsista. Ademais, a inserção da autora no Projeto de Pesquisa Universidade e Saúde na Escola de Serviço Social da UFRJ, propiciou o amadurecimento científico acerca da temática, a partir da análise das produções universitárias sobre os temas da saúde.

Tais experiências contribuíram percepção da escassez de produções da categoria acerca da Atenção Básica à Saúde, ainda que o campo da saúde represente um dos setores de maior empregabilidade do Serviço Social, fator que suscitou a reflexão da autora acerca das possibilidades de uma “formação para saúde” no campo das ciências humanas e sociais e instigou a investir sobre o tema.

Destaca-se, ainda, o fato de que este estudo se insere em um contexto de pretensas modificações no campo da saúde pública e, especialmente, na Política de Atenção Básica nos últimos anos, com o avanço do ultraneoliberalismo no Brasil e do estímulo às privatizações e das parcerias público-privadas no SUS, que contribuem para a desconfiguração da Estratégia de Saúde da Família como prioridade da Atenção Básica e para o reforço da

lógica curativa e biomédica em detrimento dos princípios e diretrizes buscaram construir uma perspectiva ampliada do cuidado, territorializada, preventiva e de promoção à saúde.

Foi possível concluir, preliminarmente, que o cenário atual acentua as contradições inerentes à consolidação da Atenção Básica no Brasil e inaugura novos desafios aos serviços, hoje evidenciados pela emergência sanitária da pandemia de COVID-19, que requereu uma nova configuração dos serviços da Atenção Básica e do fluxo das redes de atenção à saúde. A abrangência desses desafios e seus impactos para a oferta de serviços de baixa complexidade em um modelo de atenção básica cada vez mais seletiva e fragmentada são alguns dos elementos investigados no presente trabalho.

1. BREVES REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A saúde pública no Brasil é marcada, sabidamente, por lutas e contradições dada a complexidade da correlação de forças e dos grupos antagônicos envolvidos em sua construção.

Desde a colônia, os modelos de saúde desenvolvidos ao longo da história brasileira refletiram um largo descompasso no acesso à assistência médica entre as camadas sociais e a “exclusão” dos segmentos populares da arena política. A partir do século XX, é possível observar uma nova configuração com a criação das primeiras políticas sociais e da disputa entre um projeto de saúde vinculado à lógica do seguro social e projetos de saúde vinculados a uma lógica de seguridade social com forte influência de organismos internacionais e de setores privatistas.

Neste ponto, pretende-se abordar o desenvolvimento da saúde pública no Brasil, resgatando os principais conceitos, lutas e resistências edificados pelos movimentos sociais, os quais foram fundamentais na construção da política de saúde pública, gratuita e universal.

1.1 Os primeiros séculos

Os povos originários do Brasil já padeciam de algumas enfermidades quando o processo de colonização desencadeou uma das maiores catástrofes demográficas da humanidade¹ através da disseminação de doenças infectocontagiosas que, até então, não haviam entrado em contato com as populações indígenas.

“Os índios foram vítimas de sarampo, varíola, rubéola, escarlatina, tuberculose, febre tifóide, malária, disenteria e gripe, trazidas pelos colonizadores europeus, doenças para as quais não tinham defesa genética. As condições de saúde da população negra eram igualmente deploráveis.” (EDLER, 2018, online)

Na época da colônia, os nobres da coroa portuguesa acessavam à saúde por meio dos poucos médicos estrangeiros que chegavam ao Brasil e

¹ A FUNAI (Fundação Nacional do Índio) estima que entre as maiores causas do declínio populacional indígena no Brasil esteja o contágio de doenças infecciosas. Segundo seus registros, é possível contabilizar que de 3 milhões de indígenas em 1500, hoje somamos cerca de 750 mil.

que compunham uma pequena representação da assistência à saúde durante este período. Enquanto parte dos colonos encontravam refúgio nos hospitais de caridade da igreja católica, as Santas Casas de Misericórdia, e uma outra parte, composta por escravizados africanos e indígenas, dispunham apenas das práticas curandeiras e das ervas medicinais para o atendimento de suas enfermidades.

Após a independência, o Brasil sofreu com o agravamento das condições de saúde durante o período imperial e, por esta razão, podemos observar o surgimento das primeiras faculdades de medicina, de órgãos de fiscalização da higiene pública e das primeiras mudanças urbanas como calçamento e iluminação. Cabe destacar o avanço das *políticas higienistas*, apontadas como uma possível solução às epidemias que se propagavam nas áreas urbanas do Rio de Janeiro. O entendimento dos médicos higienistas da época, em parte, caminhava no sentido de que as habitações coletivas da cidade, conhecidas como cortiços, eram epicentros dos surtos de cólera, varíola e febre amarela² que assolavam a cidade devido às condições insalubres a que estavam dispostas essas moradias.

O Cabeça de Porco - assim como os cortiços do centro do Rio em geral - era tido pelas autoridades da época como um “valhacouto de desordeiros”. Diante de tamanho aparato repressivo, todavia, não parece ter havido nenhuma resistência mais séria por parte dos moradores à ocupação da estalagem. De qualquer forma, segundo o relato da Gazeta de Notícias, ocorreram algumas surpresas. Os esforços se concentraram primeiramente na ala esquerda da estalagem, a que estaria supostamente desabitada havia cerca de um ano. Os trabalhadores começaram a destelhar as casas quando saíram de algumas delas crianças e mulheres carregando móveis, colchões e tudo mais que conseguiam retirar a tempo. Terminada a demolição da ala esquerda, os trabalhadores passaram a se ocupar da ala direita, em cujas casinhas ainda havia sabidamente moradores. Várias famílias se recusavam a sair, se retirando quando os escombros começavam a chover sobre suas cabeças. Mulheres e homens que saíam daqueles quartos “estreitos e infectos” iam às autoridades implorar que “os deixassem permanecer ali por mais 24 horas”. Os apelos foram inúteis, e os moradores se empenharam então em salvar suas camas, cadeiras e outros objetos de uso. De acordo com a Gazeta, porém, “muitos móveis não foram a tempo retirados e ficaram sob o entulho”. Os trabalhos de demolição prosseguiram pela madrugada, sempre acompanhados pelo prefeito

² Este conjunto de doenças marcou o que seriam as grandes epidemias do século XIX que assolaram sobretudo a cidade do Rio de Janeiro. Segundo dados da Biblioteca Virtual Adolpho Lutz, estima-se que entre 1849 e 1850, o surto de febre amarela tenha deixado mais de 4 mil mortos, enquanto a epidemia de cólera-morbo fez cerca 4.828 vítimas entre os anos de 1855 e 1856, mortalidade que manteve-se ascendente até 1860.

Barata. Na manhã seguinte, já não mais existia a célebre estalagem Cabeça de Porco.” (CHALHOUB, 2017, p.19)

Chalhoub (2017) em “Cidade febril: Cortiços e epidemias na corte imperial” discorre sobre o caráter repressivo através do qual expressavam-se as políticas higienistas no Rio de Janeiro durante o século XIX. Através do relato do cortiço *Cabeça de Porco*, um conhecido cortiço da época, explicita-se a relação entre as iniciativas de saúde da época e a vigilância às classes tidas como “duplamente perigosas”, tendo em vista que estas habitações se tornaram importantes instrumentos de resistência na luta antiescravista³ e, por isso, além de propagarem doenças - conforme se acreditava na época - ainda desafiavam as políticas de controle social no meio urbano.

Na entrada do século XX (1900-1920), o Brasil vivenciou significativas reformas urbanas e sanitárias nas grandes cidades e zonas portuárias, com atenção especial à capital da república, o Estado do Rio de Janeiro, como decorrência de um período intensamente marcado por grandes epidemias como a da varíola e da febre amarela, além da violenta pandemia de gripe espanhola⁴. Neste sentido, ganham destaque as campanhas de saúde promovidas pelo movimento sanitarista que ganhava corpo através de figuras notórias como Oswaldo Cruz e Carlos Chagas. (ATLAS HISTÓRICO DO BRASIL, 2016)

Oswaldo Cruz, à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública - cargo que corresponde atualmente ao Ministério da Saúde - instituiu a criação do Instituto Soroterápico de Manguinhos para a produção de vacinas contra as moléstias que assolavam a cidade do Rio de Janeiro, incentivou a realização de saneamento e deu prosseguimento às políticas higienistas iniciadas no século anterior, além de defender o endurecimento de algumas medidas sanitárias como o isolamento dos doentes e a obrigatoriedade da vacinação, estopim para o conhecido episódio da *Revolta da Vacina* em 1904. (INSTITUTO OSWALDO CRUZ, 2007, online)

³ Chalhoub, em sua obra, disserta sobre a função dos cortiços enquanto “esconderijos” urbanos que abrigavam negros livres e cativos, constituindo-se, portanto enquanto “rede de proteção a escravos fugidos e elemento desagregador da instituição da escravidão”.

⁴ Segundo Schwarcz e Starling (2020), a Gripe Espanhola ficou conhecida como “mãe de todas as pandemias” devido ao alto número de mortalidade e à vasta extensão territorial que atingiu. Estima-se que esta a “primeira pandemia” tenha causado a morte de mais de 35 mil brasileiros.

Em 5 de novembro, foi criada a Liga Contra a Vacinação Obrigatória. Cinco dias depois, estudantes aos gritos foram reprimidos pela polícia. No dia 11, já era possível escutar troca de tiros. No dia 12, havia muito mais gente nas ruas e, no dia 13, o caos estava instalado no Rio. “Houve de tudo ontem. Tiros, gritos, vaias, interrupção de trânsito, estabelecimentos e casas de espetáculos fechadas, bondes assaltados e bondes queimados, lampiões quebrados à pedrada, árvores derrubadas, edifícios públicos e particulares deteriorados”, dizia a edição de 14 de novembro de 1904 da Gazeta de Notícias. (PORTAL FIOCRUZ, 2005, online)

Em 1917, Carlos Chagas assume a direção do Instituto Oswaldo Cruz - como foi rebatizado o Instituto Soroterápico - e institui o que ficou conhecido como a Reforma Carlos Chagas⁵, que reorganizou os Serviços de Saúde Pública e ampliou as atividades de cooperação com estados, por meio da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural. Cabe ressaltar a participação da Fundação Rockefeller⁶, que atuava no país desde 1916, na ampliação das ações sanitárias para as zonas rurais, bem como seus investimentos na formação de profissionais especializados em saúde pública, com a criação, em 1923, da Escola de Enfermagem Anna Nery⁷, a primeira do país.

Ainda em 1923, em meio à efervescência dos movimentos operários por melhores condições de trabalho e saúde, é aprovado o projeto de lei do deputado Eloy Chaves que dá início à intervenção sistemática do Estado no trato às manifestações da “questão social” através da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões. As CAPs, como ficaram conhecidas, inauguraram o

⁵ O que ficou conhecido como a Reforma Carlos Chagas refere-se à uma série de mudanças promovidas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) a partir de 1921 sob a gestão de Chagas. Seu início teve como marco a aprovação de um novo regulamento para o DNSP que promoveu a ampliação da “cooperação do governo federal com os estados através da Diretoria de Saneamento e profilaxia Rural, que centralizava o combate às endemias rurais, criou a Delegacia de Higiene Profissional e Industrial, cujas funções eram voltadas à “proteção da saúde dos operários, de acordo com a natureza de cada indústria em particular” (BRASIL, 1922)

⁶ A Fundação Rockefeller era reconhecida como uma organização de saúde internacional que atuou no Brasil de 1916 a 1942 (*Guia do Acervo da Casa de Oswaldo Cruz*, 1995), registrando, em relatórios periódicos, diagnósticos, ações e tendências do quadro sanitário local. Contribuiu para a criação de diversos programas durante a gestão de Carlos Chagas no Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e para a estruturação da enfermagem profissional no Brasil durante a década de 1920 através do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública e fundação da escola de enfermeiras do DNSP que, em 1926, foi rebatizada como Escola de Enfermeiras D. Anna Nery.

⁷ A Escola de Enfermagem Anna Nery foi a primeira Escola de Enfermagem no Brasil. Surgiu no contexto do movimento sanitário brasileiro do início do século XX, patrocinado pela Fundação Rockefeller com o objetivo de implantar, no Brasil, o Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. Em 1937 foi incorporada à Universidade do Brasil que se tornaria, posteriormente, a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

sistema de seguro social (BEHRING e BOSCHETTI, 2006) e, mediante o financiamento tripartite entre a União, as empresas empregadoras e os empregados, arrecadavam contribuições proporcionais aos seus benefícios, conforme explica Bravo (2001). Pela primeira vez, os trabalhadores ganhavam o direito à assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos, à aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, e pensão para os dependentes, bem como auxílio funeral.

Essas considerações auxiliam a compreensão de que cabia à saúde pública até o início do século XX ações predominantemente voltadas às campanhas sanitárias e de imunização, com destaque para ampliação dos serviços nas zonas rurais e para as políticas higienistas fortemente marcadas por componentes raciais e de classe nos grandes centros urbanos da época. (BRAVO, 2006) É no início deste mesmo século, entretanto, que a política de saúde assume novas roupagens para dar conta das crescentes exigências da classe trabalhadora em formação ao passo em que se desenham as possibilidades para um protagonismo ainda maior de novos agentes.

1.2 Saúde Pública X Medicina Previdenciária

A partir dos anos 30 do século XX, a saúde no Brasil adentra um período de reformulação a partir da ampliação da participação do Estado em relação à política de proteção social, que passou a assumi-la, cada vez mais, como sua atribuição. Neste mesmo período, a medicina previdenciária centrada na concepção de seguro social⁸, ou seja, baseada na contribuição dos trabalhadores, começa a ganhar notoriedade em detrimento do modelo público de saúde.

A medicina previdenciária, que surgiu na década de 30, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla. (BRAVO, 2001, p.42)

⁸ Segundo Boschetti o princípio da lógica do seguro social é um tipo de proteção social limitada, que garante direitos apenas “àquele trabalhador que está inserido no mercado de trabalho ou que contribui mensalmente como autônomo ou segurado especial à seguridade social”.

Apesar da notória expansão da medicina previdenciária durante as décadas de 40 e 50, com o incentivo de corporações norte-americanas⁹, Bravo (2001) afirma que a hegemonia da saúde pública se manterá até meados dos 60, quando, já sob o regime militar, ela passa a predominar na Política Nacional de Saúde.

Assim, a ditadura civil-militar-empresarial que instaura-se no poder a partir do golpe de 1964, frente à questão social, não somente dá continuidade ao projeto previdenciário de saúde como o consolida em seus anos iniciais, tendo em vista a unificação da previdência social por meio da criação do Instituto Nacional de Previdência Social – o INPS – em 1966 que reuniu os antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões em um único órgão e passou a gerir todas as aposentadorias e assistência médica do país.

A criação do INPS, em 1966, ao unificar os antigos IAPs, constituiu-se na modernização da máquina estatal, aumentando o seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no período “populista”; trata-se, portanto, de uma reorientação das relações entre Estado e classes trabalhadoras. (BRAVO, 1996, p. 42)

Neste sentido, o setor público de saúde sofre uma drástica redução de seu investimento em favor da expansão do modelo previdenciário, que passa a acompanhar o movimento internacional de adensamento da participação de grupos privados na saúde, processo observado em países como os Estados Unidos. É preciso salientar que a tendência privatizante dos serviços de saúde emerge acompanhada da incorporação de valores como a lucratividade e controle da força de trabalho.

A articulação da previdência com o setor privado se deu com a compra de serviços médicos, mediante o credenciamento pelo INPS dos serviços privados para atendimento de pacientes segurados. Foram iniciados, em 1964, os convênios do INPS com empresas da “medicina de grupo” ou “empresas médicas”. As empresas contratantes passaram a arcar com a responsabilidade da assistência médica a seus empregados, recebendo subsídio do INPS para a compra dos serviços de outra empresa. Os serviços mais sofisticados continuaram, entretanto, a ser oferecidos pelo INPS. (BRAVO, 1996, p.44-45)

⁹ O envolvimento de órgãos *estadunidenses* na política de saúde no Brasil remonta à Reforma Carlos Chagas, mas, no referido período, podemos destacar o desenvolvimento de estratégias como o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado durante a 2ª Guerra Mundial e patrocinado pela Fundação Rockefeller.

A principal incumbência da saúde pública durante este período foi a da prevenção, fazendo campanhas de vacinação em massa e o controle de doenças endêmicas e, por esta razão, a adoção da lógica privatizante durante a ditadura militar não representou uma melhoria nas condições de saúde da população brasileira. Ao contrário, é possível observar uma precarização ainda maior dos serviços oferecidos pelo setor público de saúde, que mostrava-se cada vez mais mergulhado em uma crise sanitária com graves consequências à população, entre elas a redução do combate às epidemias rurais e o aumento da mortalidade infantil.

Além disso,

As conseqüências dessa política privatizante apareceram rapidamente, erodindo a capacidade gestora do sistema e reforçando sua irracionalidade. De um lado, a baixa capacidade de controle sobre os prestadores de serviço contratados ou conveniados, já que cada paciente era considerado como “um cheque em branco”, tendo a previdência que pagar as faturas que lhe eram enviadas, após a prestação dos serviços. De outro, era quase impossível um planejamento racional, já que os credenciamentos não obedeciam a critérios técnicos mas sim a exigências políticas. Ao lado disso, explodiam os custos do sistema, tanto em razão da opção pela medicina curativa, cujos custos eram crescentes em função do alto ritmo de incorporação tecnológica, quanto em razão da forma de compra de serviços pela previdência. Realizada através das unidades de serviços (USs), que em geral valorizavam os procedimentos mais especializados e sofisticados, a compra descentralizada era especialmente suscetível a fraudes, cujo controle apresentava enorme dificuldade técnica. (FLEURY; CARVALHO, 2001, online).

Dessa forma, o setor privado e seus serviços médico-hospitalares ampliam-se significativamente nos últimos anos da década de 60 em detrimento dos investimentos em saúde pública e do sucateamento dos hospitais previdenciários, o que contribui para o início de uma grave crise sanitária que se desdobrará na década seguinte com importantes rebatimentos na esfera política do regime vigente, bem como para o ressurgimento de movimentos sociais que questionaram o modelo de saúde em prática - curativo, individual e especializado - em defesa da dimensão coletiva da saúde pública e das práticas preventivas.

1.3 O Movimento de Reforma Sanitária e a Lógica da Seguridade

Em meados dos anos 70, o regime militar começa a dar os primeiros sinais de enfraquecimento e o “milagre econômico”, que por tanto tempo sustentou o regime, já não era mais capaz assegurar sua legitimidade, dando início a um período intensamente marcado por crises. No âmbito da saúde, os efeitos do subfinanciamento e da crise econômica contribuíram para o aprofundamento da crise sanitária já encaminhada nos últimos anos e, diante deste cenário, o Estado ditatorial incumbiu-se de produzir respostas que viessem a acalmar os *ânimos* das pressões populares.

As situações das camadas médias urbanas e trabalhadoras se deterioraram a tal ponto que as bases de apoio do governo se reduziram significativamente. A perda do poder aquisitivo do salário mínimo, associada a um processo de migração intensa e urbanização desordenada, rebaixaram as condições de vida das populações urbanas a um tal nível que houve aumento da mortalidade infantil, e as epidemias de meningite, inicialmente em 1973, depois em 1974 e 1975, constituíram-se em alerta para o grande governo e a população. (BRAVO, 1996, p.48)

Neste sentido, as modificações propostas pelo Estado caminharam mais no sentido de “reformatar” a estrutura previdenciária e de privilegiamento do setor privado do que fortalecer o setor público de saúde. O Estado passa, então, a adotar medidas cada vez mais voltadas à racionalização dos custos com a atenção médica, à exemplo do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), criado em 1976, um “programa de medicina federal que expandiu a rede ambulatorial” (MENEZES, 2017) através da promoção de cuidados primários em saúde à partes da população até então excluídas do sistema de saúde.

Desde o início estavam presentes as seguintes ideias: priorizar a Região Nordeste e dentro dela pequenas vilas e povoados rurais; estabelecer uma rede de serviços de saúde e de saneamento simplificados (minipostos), principalmente utilizando e adaptando os imóveis já existentes; utilizar amplamente mão-de-obra auxiliar selecionada e recrutada em nível local; reforçar a municipalização; utilizar recursos da Previdência Social (então INPS) no custeio do programa; articular programática e financeiramente o PIASS com o FUNRURAL; e estabelecer instâncias interinstitucionais de coordenação por níveis. (SCOREL, 1999, p.165)

O PIASS configurou-se como uma das primeiras tentativas de implantação da Atenção Básica de Saúde (ABS) no Brasil, porém não obteve

êxito em decorrência da “baixa resolutividade, verticalização e consequente incapacidade de fornecer uma atenção integral à população.” (FIOCRUZ, 2009)

No ano seguinte, ocorreu uma redefinição institucional da saúde previdenciária com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) que, em 1977, transferiu ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a assistência médica dos segurados.

A nova autarquia representou, assim como o conjunto do Sinpas, um projeto modernizante, racionalizador, de reformatação institucional de políticas públicas. Através de uma lógica sistêmica, pretendeu-se simultaneamente articular as ações de saúde entre si e estas com o conjunto das políticas de proteção social. No primeiro caso, através do Sistema Nacional de Saúde; no segundo caso, através do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social. Como componente simultâneo do SNS e do Sinpas, esperava-se do INAMPS o cumprimento do papel de braço assistencial do sistema de saúde e de braço da saúde do sistema de proteção social. (FLEURY; CARVALHO, 2001, online)

Nenhuma dessas reformas, entretanto, foi capaz de reverter a profunda crise na saúde e ou de apresentar impacto em termos de racionalização da oferta, tampouco deram conta das inquietações insurgentes dos setores comprometidos com a defesa do setor público que, por sua vez, já vinham recompondo-se no contexto de ressurgimento dos movimentos sociais durante a década de 70.

Há de se ressaltar a influência exercida por movimentos sociais como o da Medicina Social na América Latina, sobretudo a partir dos estudos de García¹⁰, que criticavam os modelos de saúde vigentes e enfatizavam a dimensão política da saúde nos países latinoamericanos no que tange a desigualdade social e os determinantes sociais¹¹ do processo saúde-doença.

No Brasil, este movimento crítico do sistema de saúde culminou com o surgimento do movimento da reforma sanitária e da saúde coletiva,

¹⁰ Juan César García (1932-1984) foi um médico e sociólogo argentino com importantes contribuições para os estudos da saúde e, em especial, para as áreas da medicina social e comunitária.

¹¹ O conceito de determinações da saúde refere-se à compreensão de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão diretamente relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

compreendida a um tempo como corrente de pensamento e movimento social, e como espaço de prática concreta, de caráter necessariamente multidisciplinar, que acentuava o foco na dimensão social das formas de adoecimento e da organização dos serviços de saúde, e ainda aprofundava a ruptura com a tradição médica de cunho na essência biomédica. (Bastos de Paula, 2015, p.27)

Segundo Bravo (1996), é no bojo deste processo que surgem as origens do Movimento Sanitário Brasileiro, quando é possível observar um crescimento “considerável de encontros e produções teóricas sobre saúde coletiva”, tendo como um de seus principais articuladores o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), entidade criada em 1975 com o objetivo de fortalecer os debates em defesa da saúde coletiva e produzir conhecimento sobre a saúde da população.

Outro elemento importante no surgimento do Movimento de Reforma Sanitária foi o Movimento de Renovação Médica (REME), iniciado em 1977 a partir da luta da categoria médica por melhores condições de trabalho. Conforme explica Bravo, o processo de assalariamento dos médicos, que deixaram de exercer uma prática liberal, não representou uma melhoria em suas condições laborais, acarretando na emergência de movimentações no interior da categoria e, conseqüentemente, em sua organização em associações, entre elas a Associação Nacional de Médicos Residentes, criada em 1979, destacando a importante participação deste segmento no movimento de renovação. Entre as principais propostas do REME estavam

a oposição à intermediação lucrativa e comercialização da medicina; controle da produção, comercialização e publicidade de remédios; apoio à uma indústria farmacêutica genuinamente nacional; ausência de políticas oficiais de controle de natalidade; ensino acadêmico-profissional de melhor qualidade; expansão do mercado de trabalho; restabelecimento dos direitos democráticos no país; revogação das leis de execução e Constituinte. (BRAVO, 1996, p.59)

Estes marcos foram fundamentais para a ampliação do movimento pela Reforma Sanitária na década seguinte e para o crescimento da luta pela saúde, que passou a contar, além dos profissionais de saúde e das entidades, com a participação de segmentos populares, incorporando demandas cada vez mais ligadas à busca por alternativas centradas no caráter preventivo e na saúde coletiva. Entre os atores que ganharam protagonismo durante este período, Bravo (1996) destaca os

movimentos de bairro de periferia urbana e favelas, na luta por saneamento básico, água, luz, transporte e postos de saúde; os

movimentos de bairro de “classe média”, visando a melhoria dos serviços de saúde e alteração das políticas do setor; movimento político dos partidos oposicionistas, com propostas alternativas de políticas de saúde, enfatizando o setor público e a promoção da saúde; os movimentos desencadeados pelas comunidades eclesiais de base, visando mobilizar e organizar a população em torno de suas questões concretas de vida, passando por lutas específicas na esfera da saúde e o movimento sindical que, a partir de sua reorganização, enfrentou a grave situação de saúde dos trabalhadores, colocando na pauta de reivindicações essa questão. (BRAVO, 1996, p.67)

Desta maneira, o projeto de saúde defendido pela Reforma Sanitária adentrou o período de abertura democrática deixando de ser uma pauta meramente técnica para assumir a dimensão política, vinculando-se estreitamente à democracia em seu sentido mais amplo. Isto é, desenha-se no bojo das lutas sociais do período um projeto de saúde que incorpora a defesa da universalização do acesso aos serviços de saúde e o fortalecimento das estratégias de controle social no que tange a participação dos usuários nos processos de formulação e controle da política de saúde.

Nos anos seguintes, houveram avanços significativos nesta caminhada, haja vista os diversos eventos promovidos pelas entidades representativas deste movimento, dentre os quais pode-se salientar a realização da 7^o Conferência Nacional de Saúde em 1980 que, apesar da pressão de entidades como o CEBES, não contou com a participação dos movimentos populares que impulsionaram o debate político em torno da saúde, o que só veio a acontecer na edição posterior. O tema central foi “Extensão das Ações de Saúde por meio dos Serviços Básicos” e, neste sentido, as discussões propostas resultaram no reconhecimento da atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde e, por conseguinte, na exigência ao governo¹² da elaboração de um plano de ação “a reestruturação e ampliação dos serviços em saúde em termos nacionais e universais da demanda, compreendendo também as áreas de saneamento e habitação” (BRAVO, 1996, p. 69) - o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE).

Entende-se por serviços básicos de saúde o “conjunto integrado de serviços, prestados às pessoas e às comunidades e para melhoria do ambiente, necessários à promoção da saúde, à prevenção das doenças, ao tratamento das afecções e traumatismos mais comuns e

¹² João Batista Figueiredo foi o quinto militar a governar o Brasil e seu mandato durou de 1979 a 1985.

à reabilitação básicas de suas consequências. (Relatório Final da VI Conferência Nacional de Saúde, Anais, 1980; 21)

O PREVSAÚDE tinha como objetivo alçar a extensão da cobertura através da organização do atendimento em níveis de complexidade e de maneira territorializada, com ênfase para atenção primária como porta de entrada. O Programa, entretanto, não foi levado à frente devido à incompatibilidade de interesses entre os setores privatistas da saúde e seus grupos aliados, pois, segundo Narvai (2013) apresentava sérios riscos à privatização em curso da denominada saúde previdenciária.

Além do PREVSAÚDE, outro importante legado deixado pela 7^o CNS foi a consolidação do conceito “Atenção Básica” (AB), inaugurado pela Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) durante a década de 40. Narvai (2013), explica que este termo passa a ser incorporado pelo planejamento setorial da saúde e, devido à sua ampla difusão, é regulamentado definitivamente pelo Sistema Único de Saúde em 1990.

A Reforma Sanitária no Brasil adquire novos contornos em 1986 com a realização da 8^a Conferência Nacional de Saúde (CNS) em Brasília, cujo temário suscitou polêmicas e mudanças significativas na política de saúde. Ao abordar a “Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania”; a “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e o “Financiamento setorial”, a Conferência não contou com os setores empresariais da saúde como forma de protesto à concepção de saúde ampliada e estatizada que desenhava-se naquele momento. Ao mesmo tempo, a Conferência inova ao ampliar significativamente os espaços representativos da sociedade civil com a presença de moradores, sindicatos, partidos políticos e associações de profissionais.

Os desdobramentos deste evento representaram grandes conquistas ao Movimento Sanitário, como o avanço nas propostas de integralização das ações de regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviço e de fortalecimento do município, a necessidade de reestruturação do setor com a criação do Sistema Único de Saúde, separado da Previdência e coordenado por um único Ministério; e o fortalecimento de um conceito ampliado de saúde que abarcasse as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, lazer, liberdade, acesso à posse de

terra e a serviços de saúde. E ao definir a saúde enquanto “direito do cidadão e dever do Estado”, realizou a pressão necessária para que este último incorporasse as demandas sanitárias às Ações Integradas de Saúde, evidenciando-se a necessidade de um sistema de saúde que pudesse operacionalizar estas mudanças.

Um dos passos foi a criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde, (SUDS), que representou uma das estratégias mais significativas na busca pela universalização da cobertura das ações de saúde, redefinindo os papéis dos três níveis de governo e descentralizando os recursos entre as esferas municipais, estaduais e federais. Assim, as atribuições do INAMPS foram sendo gradativamente repassadas para o SUDS até a sua posterior extinção em 1993.

É inegável, portanto, a influência da VIII CNS na arena política em efervescência durante esse período. Isto porque, para estudiosos como Paim (2009) o evento tornou-se um prelúdio do que viria a ser a representação da saúde na nova constituição.

No processo de transição democrática, a instalação da Assembléia Constituinte em 1988 reacendeu a disputa histórica entre os blocos interessados na direção da saúde pública. Para Bravo (1996), este embate pode ser sintetizado entre dois grandes blocos:

os grupos empresariais, sob liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congrega cerca de duas centenas de entidades representativas do setor. (BRAVO, 1996, p.92)

Apesar da resistência de setores privados, o texto aprovado em 1988 acabou por aderir à grande parte das demandas do movimento de Reforma Sanitária e, neste sentido, redefiniu o modelo de proteção social, adotando uma concepção de Seguridade Social Híbrida, uma vez que a ampliação do sistema de proteção social se deu conjugando características universais e seletivas, fortalecendo, sobretudo, a lógica do seguro em detrimento à lógica social. (BOSCHETTI, 2009).

Neste sentido, o princípio da universalidade e integralidade somente foram incorporados ao âmbito da saúde, cabendo ao Estado, teoricamente,

prover a todos os cidadãos de forma universal e gratuita, enquanto a previdência e assistência permaneceram submetidas à lógica do seguro e da seletividade, respectivamente.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Para assegurar esse direito a Constituição determinou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, cujas ações passariam a ser financiadas com recursos provenientes dos Orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de contribuições sociais.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988)

O Sistema Único de Saúde, entretanto, somente foi regulamentado dois anos depois através da Lei 8.080 de 1990, quando foram estabelecidas as diretrizes e atribuições do novo sistema público e operacionalizadas as disposições constitucionais. Em seu capítulo III, por exemplo, são explicitadas as normativas quanto à sua organização, direção e gestão, reafirmando o caráter descentralizado e hierarquizado das ações de saúde definidas constitucionalmente.

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. (BRASIL, 1990)

Entre suas regulamentações, o SUS ainda conta com a Lei 8.142, também de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade, sua gestão e seu financiamento. Assim sendo, regulamenta a realização das Conferências de Saúde e as atribuições dos Conselhos de Saúde, instância que visa a garantia da participação popular nos processos deliberativos da política de saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. § 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990)

O texto constitucional significou um indiscutível avanço no que diz respeito a uma concepção mais abrangente de seguridade social por contraposição à que prevalecia, estabelecendo novos rumos à política de saúde sob os princípios da universalidade, da integralidade dos serviços e da participação coletiva. (BRASIL, 1990) O que significa pensar uma prática que transcenda medidas curativas e que considere, em todos os níveis de atenção, à saúde enquanto uma conjunção de fatores biopsicossociais que são determinados nos contextos sócio-culturais e familiares, nos quais os indivíduos estão inseridos.

Entretanto, a reorientação desses cuidados a partir da constituição do SUS também contará com o apoio e incentivo de organizações internacionais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional que, sob a égide do receituário neoliberal que passam a reger as políticas públicas a partir do final da década de 80, asseguraram que nível primário de atenção passe a ocupar um lugar privilegiado enquanto porta de entrada dos serviços em saúde através da oferta de serviços de baixa e média complexidade.

Dessa forma, realizar o resgate da trajetória da saúde pública no Brasil demonstra-se fundamental para a análise da Atenção Básica, uma vez que grande parte dos problemas e desafios verificados no desenvolvimento do ESF, e mais amplamente na atenção básica, possuem relação com a própria vulnerabilidade do SUS.

O próximo capítulo se encarregará de compreender melhor a trajetória da Atenção Básica no Brasil e suas particularidades, considerando a dicotomia entre as concepções de Atenção Primária e Atenção Básica e as disputas envoltas ao seu processo de conformação na conjuntura brasileira.

2. A HISTÓRIA DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

O capítulo tem como objetivo dar continuidade ao debate histórico-conceitual acerca da conformação da Atenção Primária à Saúde, resgatando as primeiras experiências deste modelo ao redor do globo e a participação de organismos internacionais nas propostas de APS implementadas nos países latinoamericanos, buscando compreender a influência destes processos na reconfiguração dos modelos de atenção à saúde no Brasil e na política de Atenção Básica atual.

O século XX representou um período de grande efervescência para a saúde pública no Brasil, que concentrara seus esforços, até então, em ações preventivas e campanhas sanitárias de combate às grandes epidemias que assolavam os grandes centros urbanos já com o apoio de organizações internacionais como a Fundação Rockefeller¹³. Tal lógica poderá ser observada nos anos seguintes com novos contornos a partir da tensão entre a saúde pública e a medicina previdenciária que vigorou nos anos em que duraram os governos militares, cuja depreciação sistemática e a expansão massiva da iniciativa privada deram o tom deste período.

Somente no final do século, o avanço dos movimentos organizados da sociedade civil e a luta pela redemocratização inflamaram as reivindicações por uma concepção de saúde abrangente e por um novo sistema de saúde que garantisse o acesso público, gratuito e com amplo controle social. Tais avanços se institucionalizam a partir da Constituição promulgada no final do século em 1988 que, que não somente embasou a criação do SUS dois anos depois como garantiu a participação da saúde suplementar, ou seja, da iniciativa privada.

Neste sentido, faz-se necessário trazer luz à importância do legado deixado pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro e dos avanços trazidos pela Constituição de 88 na construção de uma rede descentralizada e altamente capilarizada de cuidado, além dos aspectos normativos que pavimentaram o solo da Atenção Básica na política de saúde brasileira e da

¹³ A Fundação Rockefeller, criada em 1913 nos Estados Unidos da América, é reconhecida como uma importante organização de saúde internacional. Desempenhou um papel decisivo para a modernização da saúde pública brasileira, a partir de 1920, em consonância com os ideais de cientificidade, racionalidade e higiene imperantes.

interferência dos organismos internacionais neste processo, caracterizando as especificidades de sua consolidação e a atuação de sua principal estratégia: a Saúde da Família.

2.1 A Atenção Primária à Saúde

Os primeiros modelos de Atenção Primária à Saúde datam do início do século XX com o Relatório Dawson na Inglaterra, documento elaborado pelo médico Bertrand Dawson (1864- 1945) com o objetivo de reorganizar os serviços de saúde centrados, até então, em modelos hospitalocêntricos. Neste sentido, Dawson buscava contrapor-se, por exemplo, a ideia que trazia o modelo *flexineriano* americano de “cunho curativo e fundado no reducionismo biológico e na atenção individual” (Fausto; Matta, 2007), baseando-se, assim, em uma organização de saúde regionalizada e dividida entre cuidados primários, secundários e terciários.

O relatório concebia o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveria ser resolvida por médicos com formação generalista. Os casos que o médico não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então para os hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia. (FAUSTO; MATTA, 2007, p.44)

Segundo Bastos de Paula (2015), a ideia central deste relatório encarregava ao nível primário o atendimento de problemas de menor complexidade, como as campanhas de imunização e outras ações de cunho preventivo, buscando, assim, reduzir a procura por outros serviços de saúde nos demais níveis de atenção.

A partir dos anos 70, a Atenção Primária à Saúde adentrou o debate internacional com maior protagonismo devido à difusão das ideias da Medicina Preventiva que, inspirada em conceitos de Dawson (1920) e Leavell & Clark (1976) sobre a história natural da doença¹⁴, propunha uma atenção mais inicial

¹⁴ Segundo Puttini, Pereira Junior e Oliveira (2010), o conceito de *História Natural da Doença*, sistematizado por Leavell & Clark (1976), caracteriza-se, em linhas gerais, como um modelo multicausal do processo saúde-doença, onde são considerados aspectos relacionados não somente o indivíduo, mas também ao contexto sociocultural em que o mesmo está inserido, estabelecendo-se uma ideia de “tríade ecológica” entre agente, hospedeiro e meio ambiente.

do indivíduo, aproximando-se do ambiente sobre o qual este estava inserido com o objetivo ampliar o escopo das medidas preventivas.

Com base em uma abordagem integral, a medicina preventiva propôs que a atenção médica, em sua fase inicial, deveria se fazer mais próxima do ambiente sociocultural dos indivíduos e famílias, o que respaldaria sua intervenção para a prevenção e controle do adoecimento. Formou-se, a partir de então, uma cultura sobre os diferentes momentos da atenção, em que a atenção primária se localizaria na fase inicial do cuidado, antecedendo e definindo uma série de outros cuidados que deveriam ser ofertados por outros níveis de atenção mais complexos (Leavell & Clark, 1976). (apud FAUSTO; MATTA, 2007, 45).

Bastos de Paula (2015) ressalta que o surgimento da Medicina Preventiva encontra-se diretamente vinculado ao fracasso da Medicina Científica¹⁵ para responder às expressões da questão social que atravessam os processos de adoecimento da população. Com isso, emergem uma série de propostas vinculadas à atenção primária e à reorientação da prática médica no interior das escolas de medicina, dentre as quais se destaca, além da Medicina Preventiva, a Medicina Comunitária.

O paradigma da Medicina Comunitária e sua aplicação prática consistiram na execução de programas de extensão da cobertura dos serviços de saúde, cuidados primários de saúde, integração entre docência e assistência, regionalismo e participação da comunidade, entre os quais os mais celebrados foram aqueles que mobilizaram amplos contingentes de agentes da comunidade para o provimento de cuidados básicos de saúde, contribuindo para reorganização das práticas de assistência. (BASTOS DE PAULA, 2015, p.23).

Enquanto a crítica do modelo preventivo possuía um enfoque maior na mudança da prática médica, sob um caráter mais individualizado, o modelo comunitário buscava reorientar os serviços de saúde através do incentivo ao ensino de novas modalidades de cuidado, voltadas à integralidade e à aproximação com o território, conforme explica Cyrino (1996).

Estes modelos foram incorporados por diversos países ao redor do globo, tendo a Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma de suas grandes disseminadoras e, por esta razão, foi responsável pela convocação da Assembleia Mundial de Saúde em 1977 e pela realização da Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde (APS) de Alma-Ata, capital do

¹⁵ Conforme explica Bastos de Paula (2015), a medicina científica surge no início do século XX e caracteriza-se, essencialmente, pela ênfase no “cuidado individual e na exclusão de práticas alternativas de saúde”. Este modelo torna-se hegemônico e passa a estruturar as práticas em saúde até os dias de hoje.

Cazaquistão, no ano seguinte. Esta última obteve uma extraordinária relevância nos mais diversos âmbitos da organização da saúde pois, pela primeira vez, buscou-se definir os cuidados que já vinham sendo pensados anteriormente em experiências isoladas de atenção primária, além de tratar-se de um modelo altamente abrangente e com ênfase na integralidade deste cuidado.

Nas proposições de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde é entendida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária - que inclui prevenção, promoção, cura, reabilitação - e, como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico, envolvendo a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde. Esta terceira interpretação de Atenção Primária à Saúde, denominada de abrangente ou ampliada, corresponde a uma concepção de modelo assistencial e de reorientação e organização de um sistema de saúde integrado centrado na Atenção Primária à Saúde com garantia de atenção integral. (GIOVANELLA, 2008, p.22)

Devido ao caráter universalista que a revestia, a proposta de Alma-Ata enfrentou bastante resistência de grupos e entidades internacionais com interesses divergentes, fator que culminou para que o Banco Mundial, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Fundação Rockefeller trabalhassem na elaboração de uma proposta alternativa preconizada pela racionalização dos custos e priorização de grupos considerados de alto risco. Com isso, apresentou-se a chamada Atenção Primária “Seletiva” que poderia ser caracterizado, essencialmente, como um modelo de atenção focalizado na identificação e tratamento de doenças que apresentavam maior taxa de mortalidade na população dos países em desenvolvimento. Dentre as suas principais estratégias estava à proposta GOBI (sigla em inglês para indicar monitoração do crescimento, Reidratação Oral, Aleitamento Materno e Imunizações), “um modelo de atenção primária seletiva e focalizada, voltada à saúde infantil, em contradição com o ideário amplo de equidade e saúde como direito universal da *Carta de Alma-Ata*” (GIOVANELLA, 2019).

É preciso salientar que a resposta produzida por esses organismos internacionais acompanhou um processo que se seguiu nos anos posteriores à Alma-Ata com a ascensão das políticas neoliberais e seus receituários nos países centrais. O neoliberalismo configurou-se como a ofensiva político-econômica produzida pelo capital para dar conta da crise estrutural que deu fim

aos “anos dourados” do capitalismo. Seu projeto restaurador iniciou uma nova fase de profundas transformações societárias (NETTO, 1996), sobretudo no que concerne às políticas sociais, onde o Consenso de Washington cumpriu papel fundamental na produção de respostas às necessidades de mundialização do capital.

O pensamento neoliberal foi singularizado no denominado receituário do Consenso de Washington, expressão que emergiu a partir do encontro realizado em novembro de 1989, na cidade de Washington, quando se reuniram funcionários do governo americano, especialistas em assuntos latino-americanos, representantes dos organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e alguns economistas liberais, com o objetivo de realizar uma avaliação das reformas econômicas empreendidas, nas décadas anteriores, nos países da América Latina. (RIZZOTO, 2009, online)

Neste sentido, a proposta seletiva ganhou espaço através da disseminação de organismos como o FMI, o Banco Mundial e, posteriormente, a Organização Mundial da Saúde e tornou-se hegemônica em diversos países, sobretudo nos países latino-americanos em que predominava a lógica seguro social em prejuízo da cobertura universal.

Na América Latina, políticas de ajuste fiscal e reformas macroeconômicas estruturais neoliberais centradas na desregulamentação dos mercados, abertura comercial e financeira e na redução do Estado com privatização importante de serviços sociais e de infra-estrutura, incentivadas por organismos financeiros internacionais, preconizaram concepção de proteção social assistencial focalizada em grupos populacionais em extrema pobreza e na saúde cesta restrita de serviços (GIOVANELLA, 2008. p.22)

Dessa maneira, a tríplice “flexibilização, desregulamentação e privatização” (NETTO, 1997), que passará a reger as políticas sociais a partir dos anos 80, embasará o apoio de governos e de agências internacionais ao modelo seletivo, sobretudo em países em desenvolvimento, como alguns da América Latina. Assim, a ênfase na racionalização dos gastos públicos com as políticas sociais alimentará a disseminação da Atenção Básica enquanto um conjunto de serviços básicos e seletivos em saúde direcionado aos mais pobres.

O Banco Mundial defendia as “cestas básicas” de serviços de saúde, sugerindo que o setor público deveria prover um conjunto mínimo de ações essenciais aos que não pudessem arcar individualmente com os gastos em saúde. A cesta era composta tipicamente por ações classificadas como tecnologias simples e de alto impacto, como

vacinação, pré-natal, ações de promoção e prevenção da saúde, ou seja, o mesmo conjunto de ações que compõem a atenção primária desde sua origem. As demais ações em saúde, especialmente aquelas de diagnóstico e terapia que implicam maior custo, deveriam ser ofertadas pelo setor privado (Banco Mundial, 1993).

No caso do Brasil, em específico, o processo de reorientação dos cuidados em saúde, sobretudo no que tange a constituição da atenção primária no país, se conformará em uma dúbia conjuntura. Isto porque a institucionalização do novo sistema de saúde, fundamentado constitucionalmente pelos princípios da universalidade e igualdade, se dará sobre o mesmo cenário em que as contrarreformas do Estado brasileiro serão impulsionadas a partir do governo Collor em 1990. Os efeitos deste cenário contraditório se manifestam diretamente na reformulação dos modelos de atenção básica no Brasil e contribuirão para a replicação de características focalistas que por tanto tempo orientaram as ações em saúde no nível primário.

2.2 DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À ATENÇÃO BÁSICA: uma experiência brasileira.

No Brasil, os primeiros movimentos de estruturação de uma atenção primária remontam ao início do século XX com Centros de Saúde (1924) de Geraldo Horácio de Paula Souza¹⁶ em 1924. À frente do Serviço Sanitário do Estado no contexto de agravamento das epidemias urbanas, Paula Souza implementou os centros de saúde, unidades onde seriam realizadas ações sanitárias locais, com o objetivo de promover ações de promoção e proteção à saúde e, assim, reduzir ao máximo a atuação da polícia sanitária.

Em 1940, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com o apoio da Fundação Rockefeller, iniciou suas atividades com programas de cunho preventivo e curativo. Segundo Fausto e Matta (2007), o SESP já apresentava serviços organizados de forma regionalizada e hierarquizada que contemplavam desde campanhas sanitárias, assistência domiciliar até a assistência médica ambulatorial, serviços de urgência e de internação hospitalar. Porém, suas atividades acabam por configurar-se enquanto uma

¹⁶ Médico e Professor Doutor na Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Fundou o Instituto de Higiene e da Faculdade de Higiene e Saúde Pública (núcleos que deram origem à atual Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).

atuação limitada a áreas consideradas mais estratégicas, com ações centralizadas e pouca integração com os demais serviços de saúde.

O Sesp tinha como um dos seus objetivos centrais proporcionar o apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos que naquela época eram relevantes para o Brasil em suas relações internacionais, no período que antecedeu a Segunda Guerra Mundial. Neste sentido, o seu espaço de atuação era a Amazônia (produção da borracha), o estado de Goiás e o Vale do Rio Doce (extração de minérios). (FAUSTO; MATTA, 2007, p.53)

Entretanto, a partir dos anos 70, é possível notar a apresentação de novas propostas que dão início à estratégia de descentralização da saúde como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976; o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) em 1980 - que não chegou a sair do papel - e, posteriormente, o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS) no ano seguinte e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

O Brasil, em um movimento contrário ao adotado por outros países da América Latina durante os anos 80, incorporou princípios redistributivos em seu texto constitucional de 1988, dentre os quais a universalização do acesso, a integralidade e participação popular tornaram-se norteadores do novo sistema de saúde e, por conseguinte, do modelo de atenção primária que se delimitaria a partir deste. Cabe ressaltar o papel propulsivo das reivindicações do movimento de reforma sanitária e das mobilizações coletivas que atravessaram o país nas últimas décadas que, segundo Senna e Santos (2017) associava-se a uma espécie de "resgate da dívida social brasileira e ampliação da cidadania".

No caso específico da saúde, a criação do SUS promoveu o campo sanitário à condição de primeira política social universal no Brasil, resultando na ampliação do acesso a milhares de brasileiros às ações de saúde. Mas, ao mesmo tempo, sua institucionalização tal como inscrito no texto constitucional tem sido atravessada por importantes dilemas e conflitos, em grande parte derivados do trade-off entre a consolidação de uma institucionalidade democrática e a adoção da agenda neoliberal pelos sucessivos governos que se seguiram. (SENNA; SANTOS,, 2017, p.414)

Dessa forma, o SUS institucionalizou-se formalmente em uma arena de disputas atravessada por interesses divergentes e, por esta razão, não tardou

para que este sofresse as refrações das políticas de ajuste fiscal inauguradas no início dos anos 90 pelo Governo Collor. Assim como para a atenção primária voltar-se à lógica seletiva a partir de ações estratégicas e focalizadas, tendo como marco deste processo a criação do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) em 1991 e, posteriormente, o Programa de Saúde da Família em 1993. A crítica de alguns intelectuais e defensores do projeto de APS propugnado pelo movimento sanitário, baseia-se no fato que estes programas foram implementados de forma “marginal à estrutura de serviços” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012), uma vez que não encontrava-se vinculado ao Ministério da Saúde e sim alocado na Coordenação da Saúde da Comunidade (Cosac) do Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), sob responsabilidade da Gerência Nacional do Agente Comunitário e da Gerência da Saúde da Família. Além disso, vinculava-se, à princípio, a uma perspectiva racionalizadora e focalizada, tendo em vista que expansão da cobertura priorizou regiões pauperizadas e desprovidas de serviços, além de não possuírem investimento próprio.

As características do Pacs e PSF, programas que deram expressão à APS na agenda da política de saúde dos anos 90, no primeiro momento, guardavam semelhanças com os programas formulados nos anos 70, nos seguintes aspectos: a extensão de cobertura de recursos assistenciais estava relacionada à oferta de ações específicas de saúde direcionadas a grupos populacionais mais vulneráveis com dificuldades para acessar e usar os serviços de saúde; na medida em que surgem como programas verticais desarticulados da rede de serviços de saúde, na sua origem não apresentavam elementos suficientemente fortes para reordenar a organização da atenção no âmbito do SUS. (FAUSTO; MATTA, 2007, p.59)

Nos anos que se seguiram, o Ministro da Saúde Adib Jatene transferiu o programa da Funasa para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), subordinada ao Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, o que contribuiu para que o PSF perdesse um pouco do caráter marginal que a caracterizara em um primeiro momento. Conforme explicam Fausto e Matta (2007), a decisão do ministro relacionava-se à uma visão sensível ao potencial do PSF para o fortalecimento da atenção primária na política de saúde.

No que tange a abordagem, o PACS e o PSF trouxeram a concepção de família e comunidade à uma abordagem tradicionalmente centrada na doença, tornando-os norteadores das ações vinculadas à essas políticas. E, a

partir desses programas, a atenção básica passou a englobar “ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de acordo com o perfil epidemiológico e necessidades apresentadas em um dado território” (Fausto e Matta, 2007).

Outro passo importante para a reorganização do modelo de atenção primária à saúde refere-se à edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde em 1996 (NOB SUS 01/96) que contribuiu para a municipalização da atenção primária como parte do processo de descentralização do SUS já previsto constitucionalmente, criando condições de gestão para os Municípios e Estados e caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde. Neste sentido, criou avanços no que tange o financiamento dos serviços oferecidos por este nível de atenção a partir da criação do Piso da Atenção Básica (PAB).

Aos municípios seria repassado um valor específico por meio do Fundo Municipal de Saúde, cujo cálculo seria de base per capita, para incentivar a organização da rede básica de saúde no nível local. O PAB apresenta uma versão variável destinada ao incentivo de ações e projetos prioritários, dando ênfase ao Pacs e ao PSF. Com a edição dessa Norma Operacional, o Ministério da Saúde passou a incentivar financeiramente a implantação do PSF e do Pacs nos sistemas locais de saúde como estratégias para reorganização do modelo de atenção na rede pública de saúde. (FAUSTO; MATTA, 2007, p.60)

Dessa forma, o PAB, além de estabelecer a destinação de recursos financeiros para ações na APS, garantiu incentivos aos municípios que aderissem aos programas, contribuindo para a consolidação do Programa da Saúde da Família enquanto estratégia central da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Em Dezembro de 2001, mais de 99,21% dos municípios brasileiros se habilitaram a uma das condições de gestão previstas na referida norma, sendo 89% em Gestão Plena da Atenção Básica e 10,14% em Gestão Plena de Sistema Municipal. Em relação aos estados, cinco estavam habilitados na condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual e sete na condição de Gestão Plena de Sistema Estadual. (SAUTER; GIRARDON-PERLINI & KOPF, 2012, p.269)

É preciso destacar, ainda, a mudança da nomenclatura “Atenção Primária” para “Atenção Básica” adotada, em primeira mão, pela NOB SUS 01/96 e epicentro de uma disputa ideológica travada pelo Movimento Sanitário. A expressão “Atenção Básica em Saúde” - ainda hoje tema de debate entre estudiosos do assunto - buscava uma “diferenciação ideológica em relação ao

reducionismo presente na ideia de atenção primária” (GIOVANELLA, 2018). Buscava-se uma proposta que fosse diferente da original dos cuidados primários de saúde por entenderem que esta poderia reproduzir uma lógica de focalização e de atenção primitiva à saúde. Desta maneira, o Brasil passa a adotar o termo Atenção Básica para definir a APS no país, tendo como sua estratégia principal de atuação a Saúde da Família.

Apesar dos avanços trazidos pela NOB 96 no que tange o processo de municipalização e financiamento dos serviços, alguns aspectos relacionados à organização e gestão dos serviços ficaram pouco definidos, sobretudo no que tange a participação dos estados neste processo de reorganização. Neste sentido, o Governo Federal publica em 2001 a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 (NOAS/SUS 01/01) com o objetivo de superar os desafios e lacunas deixados pela Norma Operacional de 96 e, assim, “ampliar as responsabilidades dos municípios para garantir acesso aos serviços de saúde e reorganizar a atenção, tendo como eixo norteador desse processo a regionalização”, conforme explicam Sauter, Girardon-Perlini e Kopf (2012).

A noção de regionalização trazida pela NOAS/SUS 01/01 relacionava-se diretamente à aspectos como planejamento, territorialidade e priorização de determinadas ações nos sistemas de saúde, o que representou avanços positivos no que concerne à resolutividade das ações em saúde. Além disso, definiu, através do Plano Diretor de Regionalização¹⁷, que enquanto a atenção básica ficava à cargo da responsabilidade municipal, a atenção secundária contaria com a responsabilidade solidária dos municípios da microrregião e a atenção terciária, ou seja, as ações de alta complexidade sob os cuidados das Secretarias Estaduais de Saúde.

No ano seguinte, divergências no âmbito da gestão e da articulação entre os níveis de complexidade levaram à sua revisão e resultaram na instituição da Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/02 (NOAS/SUS 01/02) que, por sua vez, priorizou o “fortalecimento da gestão dos estados

¹⁷ Segundo as referidas autoras, este Plano tinha como objetivo “identificar e reconhecer as regiões de saúde”, buscando, assim, a garantia do acesso, da promoção da equidade, da integralidade da atenção, qualificar o processo de descentralização, racionalizar os gastos, bem como realizar um bom aproveitamento dos recursos.

sobre as referências intermunicipais, e no que diz respeito aos mecanismos de acompanhamento dos recursos federais referentes ao atendimento à população”. Segundo Senna e Santos (2017), tanto a Norma de 2001 quanto a de 2002 buscaram

reforçar a APS como central na política nacional de saúde, propondo ações para melhorar e qualificar a resolutividade da APS em todos os municípios, a partir da identificação de áreas estratégicas de atuação. Essas normativas tinham como foco central a constituição de mecanismos de indução à construção de sistemas regionalizados e integrados de serviços de saúde. (SENNA; SANTOS, 2017, p.415)

A Estratégia de Saúde da Família continuou se expandindo e adquirindo maior relevância na reorientação dos serviços básicos de saúde nos anos que se seguiram. E, nesse ínterim, é preciso destacar a criação, em 2003, de estratégias como o Programa de Saúde Bucal que implementou equipes de saúde bucal nas unidades básicas de saúde e Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf) que tinha como objetivo de impulsionar seu fortalecimento nos grandes centros urbanos, uma vez que a sua presença nestas localidades ainda era considerada incipiente se comparada à adesão de municípios de menor porte, sobretudo no interior do país.

Outro importante marco para a ESF diz respeito à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), elaborada em 2006, que estabeleceu diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A PNAB contribuiu para o fortalecimento de uma atenção primária em saúde abrangente, ou seja, um cuidado em saúde que abrange tanto a dimensão clínica quanto a preventiva. Além disso, definiu a ESF como estratégia prioritária da organização da saúde na Atenção Básica.

No ano de 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o intuito de ampliar as ações e as redes de serviços da atenção básica, bem como

fortalecer princípios como resolutividade, territorialização e regionalização através do apoio matricial¹⁸ às equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Um Nasf deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. (Ministério da Saúde, 2010, p.7)

A incorporação de uma equipe multiprofissional - que poderia contar com assistentes sociais, educadores físicos, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais - representou, portanto, um importante movimento no que diz respeito à qualificação da atuação dos profissionais das equipes de Saúde da Família e a ampliação no escopo de ações da Atenção Básica.

A partir do ano 2011, a Atenção Básica iniciou uma fase de reformulação com o objetivo de incorporar lacunas deixadas de fora pela Política de 2006. Neste sentido, Melo, Mendonça, Oliveira e Andrade (2018) explicam que questões como a “infraestrutura inadequada, o subfinanciamento, o modelo assistencial e a dificuldade de atração de profissionais médicos” foram discutidas através da revisão da PNAB no mesmo ano e da criação de programas, como o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde¹⁹, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)²⁰ e o Programa Mais Médicos (PMM). Este último, criado em 2013, tinha como objetivo ampliar a oferta de médicos em regiões de maior vulnerabilidade que apresentavam escassez ou ausência desses profissionais.

¹⁸ O matriciamento, ou apoio matricial, consiste em um processo de apoio assistencial ou técnico-pedagógico, no qual os profissionais do NASF compartilham com as equipes de referência da Saúde da família saberes interdisciplinares com o objetivo de criar uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.

¹⁹ Segundo o Ministério da Saúde, o programa foi criado com o objetivo viabilizar incentivos financeiros para a “reforma, ampliação e construção de UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica”, além de incluir “ações que visam à informatização dos serviços e a qualificação da atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da equipe”.

²⁰ O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado em 2011, instituiu o componente de qualidade vinculado ao desempenho das EqSF no financiamento federal. Assim, são repassados incentivos aos municípios que apresentarem melhora no padrão de qualidade de seus atendimentos.

O programa foi estruturado em três eixos de ação. O primeiro é o investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, particularmente nas unidades básicas de saúde. O segundo é a ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência médica no país. O terceiro, intitulado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), é o de provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis. (OLIVEIRA et al., 2015, p. 627).

Oliveira et al. (2015) ressaltam que antes do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) houveram iniciativas²¹ que procuraram levar estes profissionais a regiões mais remotas, porém somente o PMMB conseguiu suprir adequadamente à demanda apresentada pelos municípios. Os autores atribuem este fato ao que se referem de “chamado estrangeiro”, ou seja, o recrutamento de médicos de diversos países ao redor do globo para a participação nos programas, sobretudo os médicos cubanos através da parceria entre o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde.

A grande inovação do PMMB se refere à estratégia de chamadas internacionais, quando, além dos 1.846 médicos brasileiros, o programa passou a contar com 12.616 médicos estrangeiros de 49 países participando do programa (Figura 1). Dos médicos estrangeiros que atuam no PMMB, 11.429 são médicos cubanos que foram recrutados por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde e desta última com o Ministerio de Salud Pública de Cuba. (OLIVEIRA et al., 2015, p. 627)

Em adição a essas ações, no mesmo período foram criadas outras modalidades de equipe, como o consultório na rua e as equipes ribeirinhas e fluviais, e o e-SUS Atenção Básica, uma ferramenta para auxiliar a organização e sistematização das informações sobre as unidades de atenção básica. A nova ferramenta ofertava um prontuário eletrônico gratuito para os municípios que aderissem ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Cabe ressaltar que o e-SUS AB compreende uma iniciativa do Ministério da Saúde de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde, cujo objetivo geral versava sobre a qualidade do atendimento da população

²¹ Os autores citam os seguintes programas: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS - 1976), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS - 1993), e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS - 2001), e, mais recentemente, o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB).

usuária. Tal esforço perdurou nos anos que se seguiram e culminou na criação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) em 2013 em substituição ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) criado em 1998 pelo DATASUS²² com o objetivo de “acompanhar as ações e os resultados das atividades realizadas pelo Programa Saúde da Família” (ROSA, 2013). O SISAB passou a desempenhar uma importante função no que tange o financiamento e a adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica.

Através dessas iniciativas, a ESF conseguiu ampliar o escopo de suas ações e a cobertura de seus serviços, tanto nos grandes centros urbanos quanto em regiões mais remotas e vulneráveis, encerrando um ciclo de grandes avanços normativos e operacionais conquistados nas últimas décadas. Tais mudanças elevaram a atenção básica ao locus de porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, e aproximaram o modelo dos princípios que regem o novo sistema único de saúde no que tange o compromisso com a integralidade e a qualidade.

Apesar de tais avanços, a Atenção Básica representa, ainda hoje, um complexo campo de estudos e, neste sentido, um dos debates mais empenhados acerca de sua consolidação diz respeito à indissolúvel dicotomia entre os paradigmas da focalização e da universalidade. Isto porque, dada a configuração dos programas que operacionalizam a AB e seus respectivos processos de implementação, evidencia-se uma pretensa tensão entre o fortalecimento de um sistema de saúde universal e o “privilegiamento de ações centradas na pobreza, com severas restrições orçamentárias e corte nos gastos públicos”, conforme explica Senna e Santos (2017).

A prioridade conferida à ESF tem suscitado um intenso debate em torno de suas repercussões no alcance do direito universal à saúde, demonstrando que não existe consenso em torno da questão. Alguns estudiosos têm chamado atenção para o fato de que a ESF tem caminhado em direção ao fortalecimento de um padrão de intervenção estatal focalizado nos mais pobres, com a perspectiva de

²² O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) que, em 2011, passou a integrar a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, é um órgão do Ministério da Saúde que possui a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde.

Devido à sua gênese como um programa voltado à cobertura de regiões mais empobrecidas através do PSF, a atual Estratégia de Saúde da Família, do ponto de vista de muitos autores, têm desempenhado um papel de “atenção básica para os pobres” e esta perspectiva pode ser observada, por exemplo, nas dificuldades deste modelo em alcançar setores médios da população brasileira, como demonstram os estudos de Senna e Santos (2017). As autoras utilizam-se de um estudo realizado por Bousquat, Cohn e Elias (2006) sobre a ESF no município de São Paulo, que identificou que a ESF se distribui de forma desigual na cidade, possuindo maior abrangência de cobertura entre estratos mais baixos, enquanto regiões de classes mais altas possuem menor cobertura.

Apesar do conceito de Atenção Básica ter sido adotado pelo Ministério da Saúde com o objetivo diferenciar-se da proposta de atenção primária seletiva, amplamente disseminada à América Latina por entidades internacionais como a OMS, as condições estruturais que forjaram a sua consolidação revelam um modelo de atenção focalizado, cuja oferta de serviços restringe-se à ações de baixa complexidade e baixo custo, voltadas, prioritariamente, às camadas mais empobrecidas.

Essas considerações evidenciam, portanto, que algumas lacunas históricas não conseguiram ser superadas e, até os dias de hoje, constituem-se enquanto desafios à operacionalização desses programas, sobretudo com o avanço da política de ajuste fiscal permanente adotada pelo Estado brasileiro nos últimos anos e as respostas que esta conjuntura tem produzido sobre a seguridade social.

3. OS DESAFIOS DOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO BÁSICA

O final da década de 90 e o início dos anos 2000 estiveram fortemente marcados pela expansão da ESF enquanto mecanismo prioritário da atenção básica no Brasil, sobretudo pela criação de estratégias como as Equipes de Saúde Bucal (ESB), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e o Programa Mais Médicos (PMM).

A incorporação desses programas contribuiu para extensão de sua cobertura e para o fortalecimento da atenção básica como coordenadora do cuidado através de ações de prevenção e promoção da saúde. Estes esforços buscaram, de maneira geral, alcançar o papel estratégico da atenção básica prefigurada pelo SUS, no sentido de garantir a universalidade do acesso e a cobertura universal, bem efetivação dos princípios da integralidade e longitudinalidade (CAVALCANTI, 2014).

Apesar dos avanços identificados nos últimos anos, constata-se a presença de desafios que se reatualizam em contextos de políticas ultraneoliberais. Nesse sentido, a análise de conjuntura da política de saúde torna-se imprescindível para compreender os impactos e desafios colocados na agenda contemporânea da Atenção Básica.

3.1. A ofensiva neoliberal sobre as políticas sociais e seus rebatimentos na Atenção Básica

O desafio de contrapor-se à noção de “atenção básica para os pobres” repousa sobre o fato de que o processo de reorientação dos serviços da atenção básica no Brasil não só convergiu com o período de reestruturação do Estado brasileiro para o cumprimento das políticas de ajuste fiscal preconizadas pelo Consenso de Washington, como foi fortemente influenciado por essas propostas.

Menezes e Leite (2016) afirmam que a primeira ofensiva sobre os avanços constitucionais de 1988 será a redução dos gastos com as políticas sociais formalmente estabelecida pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado do Ministro de Administração Federal e Reforma do Estado Luiz Carlos Bresser Pereira sob o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC).

O Plano Diretor propugnava a reforma do Estado brasileiro como uma estratégia para o abandono do modelo estatizante, e adoção de um modelo gerencial, cujas características são a descentralização, a eficiência, o controle de resultados, a redução de custos e a produtividade. Desta forma, o Estado deixa de ser o responsável direto pelas políticas sociais para se tornar meramente seu promotor e regulador, transferindo tais responsabilidades para o âmbito privado, notadamente a partir da criação de uma esfera pública não estatal. (MENEZES & LEITE, 2016, p.125)

Assim, a ênfase sobre a racionalização dos gastos públicos e a transferência da gestão das políticas públicas tornam-se eixos condutores da Reforma do Estado brasileiro e, no que tange seus impactos sobre a política de saúde, esses preceitos ganharão materialidade através da criação das Organizações Sociais (OS) instituídas pela Lei nº 9.637.

O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei. (BRASIL, 1998)

Esta lei institui as garantias e condições para se programar o “estado mínimo no país” por meio da terceirização/privatização de serviços públicos, até então produzidos pelo Estado, e da transferência de competências privativas da União para entes privados que podem dispor de poupança, bens, patrimônio, créditos e servidores públicos para administrar seus próprios interesses, retirando órgãos e competências da administração pública direta e indireta e garantindo a transferência de seu ativo para o setor privado. Além disso, as Organizações Sociais podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública, sem se preservar a legislação sobre a administração pública e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Ao contrário do que foi preconizado como justificativa para a introdução das OS na administração dos serviços de saúde²³, a entrada dessas associações acarretará drásticos prejuízos ao sistema de saúde e dentre os seus efeitos mais latentes é possível verificar “o abandono, o descaso e a

²³ Menezes e Leite (2016) afirmam em seus estudos que a suposta falta de recursos humanos e infraestrutura, bem como perspectivas de melhorias dos vínculos de trabalho foram utilizadas como justificativas para a entrada das Organizações Sociais.

precarização do serviço público; e a falta de transparência” (Menezes e Leite, 2016).

[...] a assimilação dos pressupostos neoliberais, a partir do início da década de 1990, momento em que também se iniciava o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), resultou num quadro que pode ser caracterizado da seguinte forma: ampliação do acesso aos serviços de atenção básica; mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário (cerca de 70% da oferta estão na iniciativa privada); grande precarização dos vínculos de trabalho no setor público; terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos; conformação de um sistema de saúde complementar, regulamentado; e institucionalização da participação, por meio dos conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo. (FIOCRUZ, 2009, online)

A entrega dos serviços de saúde ao mercado via gestão por OS e suas diretrizes, são aplicadas, inicialmente, na gestão dos Hospitais e ambulatórios de especialidades. Entretanto, não demorou para que tal proposta passasse a ser incorporada à rede de Atenção Básica. O Estado de São Paulo, conforme afirma Bragagnolo (2017), foi um dos primeiros a adotar este modelo, ainda em 1998, para a abertura de novos hospitais através da sanção de uma Lei Complementar Estadual que especificou o processo de qualificação das Organizações Sociais e definiu, dentre outras características, que a organização sem fins lucrativos comprove possuir serviço de saúde há mais de 5 (cinco) anos.

Destaca-se no estudo das OS, a produção de Ramos e Seta (2019) sobre a atuação destas nas unidades de atenção primária da região sudeste (presença massiva das organizações nas capitais de São Paulo e Rio de Janeiro). Os autores afirmam que 273 unidades básicas de saúde (UBS) em São Paulo são gerenciadas por 17 OS, o que representa 62% das unidades do modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF), unidades mistas ou de atenção básica tradicional. No Rio de Janeiro, que passou a adotar o modelo de terceirização em 2009 através da Lei Municipal nº 5.026/09, 193 UBS são administradas por quatro OS, o que representa 98% das unidades de saúde.

A pesquisa comparativa realizada pelos autores demonstra, entretanto, que tais capitais não obtiveram melhores resultados de desempenho quando comparadas às capitais de Belo Horizonte e Vitória que mantiveram a prestação de serviços exclusivamente sob administração direta. Apesar da

rápida expansão²⁴ da cobertura da ABS apresentada no Rio de Janeiro após a implementação do modelo gerencial das organizações sociais, as capitais de Minas Gerais e Espírito Santo “alcançaram coberturas em APS superiores, e mantêm melhores resultados em indicadores fortemente relacionados com uma APS acessível e efetiva, como a proporção de consultas de pré-natal ou a clássica taxa de mortalidade infantil”. (RAMOS e SETA, 2019)

O discurso da racionalização dos gastos públicos, neste sentido, passa a legitimar a adoção do modelo gerencial e a introjeção de valores e princípios tipicamente empresariais na gestão que podem ser observados, por exemplo, nos fenômenos das contratualizações por resultados, no estabelecimento de metas de produtividade e das remunerações variáveis por desempenho.

[...] o processo de racionalização crescente das práticas da Atenção Básica caracteriza o empresariamento do cuidado em saúde, que seria fundamentado nos seguintes itens: a. O cuidado como prática suscetível de avaliação de custo-benefício; b. A UBS como peça relevante ao complexo médico-industrial: atravessado por estratégias das indústrias de medicamento, equipamentos e serviços como informática, limpeza, segurança privada, entre outros (CHIORO DOS REIS, 2011); c. As decisões sobre a vida da UBS, tomadas em órgãos e instâncias externos a ela; d. A decomposição do cuidado em atividades isoladas, protocolares e transformadas em metas; e. A automatização; f. A terceirização de serviços; g. O deslocamento da relação profissional-paciente para profissional-organização; h. Hierarquização entre especialidades e profissões. (BRAGAGNOLO, 2017, p.7)

Esse conjunto de mudanças, viabilizadas a partir da reforma da administração pública, evidencia, portanto, a conformação da política de saúde ao ideário neoliberal que preconiza a minimização das funções do Estado e, conseqüentemente, a redução dos investimentos nas políticas sociais. Desse modo, impulsiona-se a transferência da administração das unidades públicas ao mercado e a focalização cada vez maior dessas políticas, restando ao Estado atuar somente com as populações ditas mais pobres, “garantindo o mínimo a quem não pode comprar o serviço privado, ficando o acesso pela via do mercado restrito o cidadão-consumidor” (MOTA, 2000).

²⁴Para os autores, a expansão acelerada da cobertura da ABS via gestão por OS está relacionada a fatores como a redução da burocracia de criação e instalação das unidades de atenção básica e o aumento da facilidade realizar contratos de serviço e atuação.

A adoção do novo modelo, que passou a reger a administração pública sob os princípios da flexibilidade e da ênfase nos resultados, requereu, ainda, uma série de mudanças na política de saúde que foram atendidas pela NOB SUS 01/96, sobretudo no que se refere ao financiamento da Atenção Básica.

O novo modelo gerencial demandou uma reforma na Saúde, que foi materializada pela Norma Operacional Básica– SUS (NOB-SUS) 01, de 6 de novembro de 1996, inspirada no modelo inglês: descentralizar a administração e o controle dos gastos; transformar os hospitais em unidades públicas não estatais; implementar um sistema de entrada e triagem na rede de saúde; e criar hospitais e ambulatórios especializados. (MENEZES & LEITE, 2016, p.126)

A NOB SUS 01/96 estabeleceu o Piso da Atenção Básica (PAB), um modelo de financiamento tripartite, composto por dois componentes, o PAB fixo e o PAB variável. Segundo Neves e Machado (2019), o PAB fixo refere-se aos recursos que eram repassados a todas as cidades brasileiras, sem exceção, cujo valor variava entre R\$ 23 e R\$ 28 por habitante, dependendo das características socioeconômicas de cada uma. Já o PAB variável refere-se ao repasse de recursos como incentivo aos gestores que adotassem a Estratégia Saúde da Família (ESF) e variava de acordo com os “tipos, números de equipes implantadas e composições profissionais previstas”.

Mendes e Amorim (2020) avaliam em seus estudos que a modalidade de transferência de recursos pelo Ministério da Saúde, entretanto, é insuficiente para financiar uma atenção básica integral e resolutive, o que acarreta uma participação cada vez maior dos municípios no financiamento e, conseqüentemente, uma estruturação de uma atenção básica seletiva e focalizada, uma vez que as “prioridades são definidas desde a União e que se assenta em normatizações nacionais e genéricas com insuficiente capacidade de adequação às necessidades, condições, especificidades e projetos locais dos municípios”

Outra medida relevante à análise do financiamento da política de atenção básica refere-se à criação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) no ano 2000. Esta legislação, apesar de contar com o apoio massivo de diversas entidades e, inclusive, da população, explicitou o dúbio caráter das normativas implementadas com o intuito de viabilizar as mudanças estruturais necessárias à Reforma da Saúde sob o atual modelo gerencial. Para Bragagnolo (2017), esta lei complementar revestia-se do discurso de defesa do controle de gastos

públicos e de uma gestão pública eficiente e eficaz, passando a determinar que todos os entes federados (união, estados e municípios) deveriam gastar menos do que arrecadam e impondo, neste sentido, o limite de 60% do orçamento com a folha de pagamento de pessoal.

Tal medida impacta as possibilidades de gastos que um ente federado pode realizar, mas não impede que o município ou estado possa redirecionar seus gastos com direitos sociais para serviços de terceiros, isto é, favorecendo a entrega do serviço público de saúde à iniciativa privada, limitando o crescimento do Estado e a prestação direta (PAIM; TEIXEIRA, 2007; SANO; ABRUCIO, 2008; RIZZOTTO, 2012). (apud BRAGAGNOLO, 2017, p.6).

Assim, a justificativa da redução dos gastos públicos solapa a lógica racionalizadora e privatizante que passa a atuar incisivamente sobre a gestão dos serviços de saúde, impondo entraves à garantia da saúde como direito universal, equânime e integral, tal qual previsto na Constituição de 1988 pela lei 8.080/1990.

Apesar da eleição do Partido dos Trabalhadores ter gerado grandes expectativas em relação ao fortalecimento dos princípios postulados pela Reforma Sanitária em decorrência de sua inicial vinculação com as lutas democráticas nas décadas que se precederam, o governo de Luís Inácio Lula da Silva não só deu continuidade à política macroeconômica de FHC de contrarreforma do Estado brasileiro, como fortaleceu o projeto privatista na saúde e focalista da atenção básica.

Na assistência à saúde no governo Lula da Silva, as propostas de atenção básica que priorizam um modelo universalizante, integrando ações de caráter coletivo, bem como as ações de assistência médica, democráticas e participativas ficaram longe de ser consolidadas, posto que foi mantido um caráter focalizado, direcionado para os aspectos individuais da assistência, que não privilegiam a medicina preventiva e de promoção da saúde, enfatizando o modelo curativo, preocupado apenas com a doença, pois esse é mais rentável para o mercado farmacêutico e para os grandes empresários dos serviços privados. (MENEZES; LEITE, 2016, p. 127)

Cabe explicitar, sob tal perspectiva, que o trabalho da Atenção Básica enfrentou importantes desafios devido à implementação de outros modelos gerenciais no curso dos governos petistas, como as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), um modelo jurídico-institucional da administração pública indireta e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa de personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, aprovada como Lei de nº 1.749/2011 e vinculada ao Ministério da Educação

(MEC) que passaria a administrar e prestar serviços aos hospitais das instituições federais de ensino superior.

Ainda que as FEDPs não tenham sido criadas, exclusivamente, para a saúde - assim como as OS - e que o projeto de Lei n. 92/2007 não tenha concluído sua tramitação no poder legislativo, alguns estados e municípios instituíram fundações estatais, especialmente para personalizar serviços públicos de saúde. Menezes e Leite (2016), neste sentido, alertam que os impactos dessas medidas na área da saúde podem ser observados desde a precarização das condições de trabalho dos profissionais de saúde e da qualidade dos serviços prestados até a redução dos recursos direcionados ao Estado, tendo em vista que essas fundações ganham imunidade tributária.

Segundo dados da página oficial da EBSEERH (2019), dos 50 HUF's vinculados a 35 IFES, 40 deles já celebraram com a EBSEERH o contrato de adesão, restando apenas 9 HUF's sem contrato. Dos nove sem contrato, oito pertencem à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que decidiu não fazer parte da rede e, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HCPA/UFRGS), cujo Hospital Universitário – Hospital de Clínicas de Porto Alegre já possui natureza jurídica de empresa pública, portanto impedido de ser administrado por outra empresa. Já o Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (HU/UNIFESP) realiza atendimentos de caráter particular, por isso, não pode integrar na rede EBSEERH. (PINHEIRO, 2019, 15)

A substituição da gestão burocrática pela gerencial durante os governos petistas revelam o caráter do neoliberalismo de cooptação²⁵ que marcou as passagens de seus mandatos, no que tange os processos de gestão dos serviços públicos de saúde. Isto porque, ainda que a contratação dos profissionais de saúde através da EBSEERH seja realizada através de concurso público, estes encontram-se submetidos à lógica privada de contratação por meio da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, de modo que passou a coexistir vínculos contratuais distintos em um mesmo ambiente laboral. Segundo Pinheiro (2019), essa “multiplicidade de vínculos contratuais” acarreta, sobretudo, no enfraquecimento da capacidade organizativa das

²⁵ Ver sobre em BEHRING, Elaine Rossetti; CISLAGHI, Juliana Fiúza e SOUZA, Giselle. Ultraneoliberalismo e bolsonarismo: impactos sobre o orçamento público e a política social. In: BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C.; FREIRE, S.M.F. (Org.). Políticas sociais e ultraneoliberalismo. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020, p. 103 – 121

categorias profissionais e da força sindical, uma vez que a presença de remunerações diversificadas para a mesma função e formação profissional com jornada de trabalho mais intensa para os terceirizados, contribui para o aumento das desigualdades e da competitividade entre os profissionais.

Desta forma, há a leitura de que a criação da EBSEH pertence a lógica da Reforma do Estado, além de ser mais uma condicionalidade imposta pelo Banco Mundial, que exige um modelo de gestão voltado para produtividade e flexibilidade, sobretudo dos contratos e direitos trabalhistas (CISLAGHI, 2010). Por isso foi vista como um mecanismo de privatização dos serviços públicos – saúde e educação, além de ser uma ameaça ao funcionalismo público, com a possibilidade de extingui-lo. (PINHEIRO, 2019, p.17)

A partir do exposto, é possível verificar que a ofensiva neoliberal tem encontrado terrenos férteis nas últimas gestões executivas para a execução de seu receituário sobre as políticas sociais. Na Saúde, essa rede mista de gerencialismo têm conquistado consideráveis avanços mediante o crescente processo de terceirização via gestão por OS, sobretudo nas unidades básicas, que drenam recursos públicos para que instituições privadas lucrem com o exercício da gestão pública, aglutinando novos desafios e antigas contradições que marcaram a conformação da Atenção Básica à Saúde no Brasil.

3.2 O déficit de profissionais e o Programa Mais Médicos

Atualmente, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) é o principal investimento do Ministério da Saúde (MS) e, apesar dos avanços de sua expansão nos últimos anos, é preciso destacar que o aumento de cobertura foi de apenas 1,5% da população a cada ano, segundo informações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Neste sentido, a publicação da Política Nacional de Atenção Básica em 2011 garantiu a centralidade da AB na agenda política do Ministério da Saúde (MS), que se empenhou em identificar os principais desafios que precisariam ser enfrentados pelo MS para a identificar as lacunas presentes no processo de reorientação desses serviços.

Financiamento insuficiente da Atenção Básica; Infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde (UBS); Baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e na atenção à saúde; Necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis;

Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado; Pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais; Desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão; Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores; Necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica; Importância de ampliar a legitimidade da Atenção Básica com os usuários e de estimular a participação da sociedade. (BRASIL, 2015)

Com o passar dos anos, o MS buscou enfrentar esses dilemas através da criação de ações como o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS); o Sistema de Informação da Atenção Básica (Sisab) e da estratégia e-SUS Atenção Básica, juntamente com o Plano Nacional de Banda Larga; o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (Pmaq); o Programa Telessaúde Brasil Redes, o Programa Saúde na Escola; o Programa Academia da Saúde; a nova Política Nacional de Alimentação e Nutrição; a Política de Educação Permanente, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica e o estímulo e incentivo para Implantação de Planos de Carreira no SUS.

Esses programas somaram-se, em uma espécie de força-tarefa, à Resolução nº 439, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2011 que estabeleceu metas como o aumento de recursos financeiros, fortalecimento da Rede de Atenção Básica enquanto principal porta de entrada do SUS com participação da comunidade e o controle social e a expansão da cobertura e aumento da oferta de profissionais em regiões mais vulneráveis.

Mobilizar todos os esforços e forças sociais para aumentar a destinação de recursos financeiros para a Atenção Básica, especialmente nas esferas Federal e Estadual. Que as três esferas garantam ações necessárias para que a Rede de Atenção Básica, inclusa ou não na estratégia de saúde da família, seja efetivamente a principal porta de entrada do SUS, com agenda aberta e acolhimento humanizado em todas as unidades básicas de saúde, capaz de prestar atenção integral resolutiva, equânime e multiprofissional, com condições de coordenar e garantir o cuidado do usuário mesmo quando ele necessita de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em outras redes e níveis de atenção. Que o controle social, a participação da comunidade em cada serviço e coletas sistemáticas da opinião e satisfação do usuário sejam fatores permanentes de crítica, correção e orientação da política e da organização e atuação dos serviços de saúde da atenção básica. Que se intensifiquem os esforços e criem novas políticas que visem garantir profissionais de saúde em todas as regiões e localidades do país, principalmente nas

mais vulneráveis e de difícil acesso, universalizando de fato o direito à saúde. Que o Ministério da Saúde, no âmbito nacional, e as Secretarias Estaduais e Municipais no âmbito estadual e municipal, respectivamente, aprimorem e qualifiquem os mecanismos de controle, fiscalização do cumprimento de responsabilidades, tal como a medida tomada recentemente pelo Ministério com relação ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e avaliação da qualidade dos serviços de atenção básica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Cabe ressaltar que grande parte dessas ações foram respondidas com a criação do Programa Mais Médicos (PMM) e seu eixo de provimento chamado de Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), criados em 2013. Essa iniciativa representou o maior êxito no combate à carência de quadros profissionais na atenção básica, considerado um dos desafios centrais ao fortalecimento da atenção básica no Brasil, sobretudo no que tange a sua cobertura em regiões periféricas e mais afastadas dos centros urbanos.

O governo brasileiro já havia empenhado-se em enfrentar a questão através de esforços como a criação do PIASS, do PITIS²⁶, da implantação de internatos rurais nas graduações da área da saúde e da própria ESF²⁷, que alcançaram, em certa medida, resultados positivos no que tange a cobertura assistencial em território brasileiro. Entretanto, conforme trabalhado no capítulo anterior, somente o PMMB conseguiu suprir adequadamente a demanda apresentada pelos municípios devido, principalmente, à vinda de médicos estrangeiros, em sua maioria cubanos, para compor o quadro profissional, ampliando a oferta desses profissionais em áreas de populações ribeirinhas, comunidades rurais, indígenas e quilombolas que não contavam com acesso à atenção básica até então.

O programa concentrava suas ações não só no aumento do número de médicos, mas na distribuição e na qualificação da formação desses profissionais, bem como na qualificação da estrutura das unidades básicas de saúde, prevendo “ações de reorientação da formação médica com ampliação e

²⁶ Segundo o Ministério da Saúde, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITIS), criado em 2001, foi uma parceria com as “Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq, com o objetivo de propiciar a atenção à saúde em municípios que, por dificuldade de acesso ou escassez extrema de recursos, não contavam com profissionais de saúde para o desenvolvimento da atenção básica”.

²⁷ Conforme explicam os autores citados, a Estratégia de Saúde da Família não foi criada com este objetivo, mas constituiu-se, até 2011, enquanto o “exemplo mais bem-sucedido de expansão da cobertura de médicos no território nacional”.

interiorização das vagas de graduação e residência médica como dispositivo de formação de profissionais de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Neto e Barreto, 2019).

Dos desafios apresentados anteriormente, o PMM foca nos seguintes pontos: déficit de provimento de profissionais médicos; mercado de trabalho predatório e contexto de baixo investimento nos trabalhadores; necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis; infraestrutura inadequada das UBS; necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica. (BRASIL, 2015)

Neste sentido, o PMMB também visava enfrentar o problema da insuficiente formação de médicos no Brasil, isto porque o número de médicos formados no Brasil não era capaz de suprir a demanda dos postos de trabalho que se agravavam a cada ano. Conforme publicado pelo Ministério da Saúde (2015), “de 2002 a 2012, o total de médicos formados em todas as escolas do Brasil conseguiu formar apenas 65% da demanda do mercado de trabalho: o déficit, neste período, atingiu o índice de 53 mil médicos”. Para solucionar essa equação, o programa investiu na abertura de vagas de graduação em universidades federais e privadas, passou a exigir a especialidade em Medicina de Família e Comunidade e ampliou a disponibilidade de programas de residência em regiões com maiores dificuldades em fixação de profissionais.

A iniciativa previu, ainda, a expansão de vagas de graduação nos locais com maior necessidade de médicos e menos ofertas de vagas por habitante, assim como a universalização da residência médica: a cada egresso da graduação, uma vaga de residência será ofertada. Aponta para uma formação médica moderna, com foco do ensino no aluno, do aprendizado no cuidado integral à saúde, integrando ensino, pesquisa e extensão e fomentando o “aprender a aprender” permanentemente. Uma formação com novas diretrizes, instrumentos e metodologias de avaliação e com uma integração ensino-serviço que forme médicos muito bem preparados para atender e responder de forma resolutiva à maioria das necessidades de saúde apresentadas pela população. (BRASIL, 2015)

Para muitos autores, a questão da escassez de profissionais de medicina na atenção básica também pode ser associada à má distribuição geográfica e social de profissionais de saúde, cujo padrão de concentração apresenta-se em maior densidade nas capitais de grandes cidades.

As desigualdades no acesso aos serviços de saúde ocasionados pela carência e má distribuição geográfica e social de profissionais de saúde, muito especialmente médicos, têm sido apontadas como um problema grave, persistente ao longo do tempo e resistente às mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento na maioria dos países do mundo. Em geral, as regiões geográficas mais isoladas

e remotas e os segmentos mais pobres e desprotegidos das populações são mais vulneráveis à insegurança assistencial acarretada pela falta ou escassez de profissionais de saúde. (GIRARD et. al., 2011, p.171)

Segundo estudos de Oliveira et al. (2017), além de estarem concentrados em grandes centros e capitais brasileiras, os profissionais de medicina estão mal distribuídos entre os setores públicos e privados de saúde e este é um dos problemas que esteve presente na agenda de decisão política de diversos governos no Brasil.

Quanto às cinco regiões do Brasil, existe uma assimetria na distribuição de médicos. Na região Sudeste há 2,51 médicos por mil habitantes, representando uma concentração 2,5 vezes maior que a da região Norte (0,9), no ano de 2010. Já as regiões Sul (2,06) e Centro Oeste (1,76) têm quase o dobro da concentração de médicos por mil habitantes em relação à região Nordeste (1,09). Com isso verificamos uma maior intensidade do problema nas regiões Norte e Nordeste, que estão abaixo da média nacional. Quando verificadas as unidades federativas esta desigualdade é ainda maior. Enquanto Distrito Federal, Rio de Janeiro e São Paulo apresentam 3,61 médicos por mil habitantes, 3,52 e 2,5, respectivamente, nos estados do Pará, Amapá e Maranhão esta relação se reduz para 0,77 médicos por mil habitantes, 0,75 e 0,53, respectivamente. (OLIVEIRA et al, 2017, p.1170)

No decorrer de sua pesquisa, Oliveira et al. (2017) conclui que as causas da discrepância na distribuição de médicos entre as regiões no Brasil podem estar relacionadas a diversos elementos, tanto “individuais, organizacionais e relacionados aos sistemas (de saúde, educacional, institucionais)” quanto às características político-econômicas dos próprios municípios.

Nos documentos selecionados, as principais causas da má distribuição geográfica no Brasil foram: as características dos municípios, considerando o Produto Interno Bruto, Índice de Desenvolvimento Humano, níveis de vulnerabilidade social, condições de violência e possibilidades de trabalho; características individuais, por exemplo, idade, oportunidade de trabalho para cônjuges, origem em ambientes urbanos e renda familiar; características do sistema de educação, existência de curso de medicina, residência médica e possibilidade de educação continuada; e, por fim, características organizacionais, entre elas, remuneração, condições de trabalho, plano de carreira e reconhecimento profissional. (OLIVEIRA et al, 2017, p.1170)

Dessa maneira, regiões menos desenvolvidas ou mais pobres, bem como áreas rurais e mais afastadas dos grandes centros urbanos possuem maior dificuldade para atrair e fixar profissionais médicos, uma vez que se encontram mais localizados às margens dos grandes polos econômicos e

populacionais, onde se concentram estabelecimentos de ensino e serviços de saúde em maior número e, conseqüentemente, maior oferta de trabalho.

Entre as razões para a má distribuição geográfica de médicos, a questão da violência ganha notoriedade, sobretudo em territórios conflagrados pela violência armada nas grandes metrópoles brasileiras. Um estudo de César (2016) sobre os desafios das ações de promoção da saúde no Complexo da Maré, um conjunto de favelas localizado na cidade do Rio de Janeiro, afirma que a ESF assume características particulares quando implementadas em territórios conflagrados pela violência e de extrema vulnerabilidade social.

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro [Comitê Internacional da Cruz Vermelha] iniciou a parceria com o CICV em 2009, juntamente com expansão da ESF, com o objetivo de capacitar as equipes da ESF que atuam em territórios com maior vulnerabilidade social, onde a presença de “atores” armados se mostra ostensiva, fato que se configura como entrave à consolidação da proposta da ESF por gerar temor e medo nos profissionais de saúde, dificultando a lotação de profissionais e conseqüências na saúde da população. A partir dessa parceria, os apoiadores das CAPs foram treinados para serem multiplicadores da metodologia das Oficinas de Acesso Mais Seguro para as unidades vulneráveis à violência armada em seu território. (CÉSAR, 2016, p.65)

Ainda que a violência armada seja um desafio colocado ao fortalecimento da ESF e à realização das atividades devido à inconstância desses territórios, conforme explica César (2016), estima-se, em 2013, cerca de 31 médicos cubanos inscritos no Programa Mais Médicos tenham sido lotados em unidades de atenção primária na Zona Norte do Rio de Janeiro, atendendo moradores do Complexo do Alemão, do Jacarezinho e da Maré.

O PMMB também se configurou enquanto um programa atravessado por contradições, sobretudo no que tange os profissionais cubanos. A Lei nº 12.871/2013, que regulamentou o Programa Mais Médicos no Brasil, trazia em seu primeiro artigo a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS). Logo, por se tratar de um programa de formação, os médicos do PMM não possuíam vínculos empregatícios que garantissem os direitos básicos da legislação trabalhista que cobrem os demais médicos, bem como qualquer outro trabalhador brasileiro.

Desta forma, a regulação prevê que os participantes do Projeto Mais Médicos sejam bolsistas de um curso de aperfeiçoamento e que, após dois anos, adquiram o título de especialização. Por esta razão, não é necessário a

revalidação do diploma no Brasil, somente a emissão de um registro pelo Ministério da Saúde e a carteira de identificação para a habilitação do profissional ao exercício da medicina.

§ 1º São condições para a participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, conforme disciplinado em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde: I - apresentar diploma expedido por instituição de educação superior estrangeira; II - apresentar habilitação para o exercício da Medicina no país de sua formação; e III - possuir conhecimento em língua portuguesa, regras de organização do SUS e protocolos e diretrizes clínicas no âmbito da Atenção Básica. (BRASIL, 2013)

Apesar de suas contradições, o Programa Mais Médicos cumpriu um importante papel no que diz respeito à oferta de médicos em zonas remotas e desfavorecidas, além da destinação expressiva de investimentos federais na Estratégia de Saúde da Família. E a retirada dos médicos cubanos vinculados ao Programa, a partir de 2019, atingiu fortemente a oferta desses profissionais na ESF.

Três anos depois do anúncio de sua substituição pelo Programa Médicos pelo Brasil (PMB), a questão sobre a reposição do quadro médico ainda é pauta para discussões no âmbito do Ministério da Saúde. Em audiência pública da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados realizada de forma virtual em maio de 2021, a diretora do Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária e representante do Ministério garantiu que entre 2020 e 2021, 6.700 profissionais foram repostos através da prorrogação do programa Mais Médicos, com prazos variados de vencimento em cada ciclo. Apesar disso, a falta de médicos para compor o quadro profissional na Atenção Básica ainda tem sido um dos maiores desafios a serem enfrentados pelos gestores municipais na expansão da Estratégia de Saúde Família.

É preciso destacar que a dificuldade dos gestores municipais em atrair e fixar médicos nas equipes de Saúde da Família (eSF) encontra-se intrinsecamente atravessada pelo avanço da política neoliberal sobre as políticas sociais e seus impactos no mundo do trabalho, como o estímulo aos contratos temporários de trabalho e às emendas constitucionais que contingenciam os poucos recursos destinados ao setor pela União. Neste sentido, os debates na esfera do trabalho impulsionados pelo modelo de

gestão gerencial adquirem relevância central na análise dos desafios postos à política de saúde, uma vez que a fragilização dos vínculos trabalhistas, mediante a desobrigatoriedade da realização de concursos públicos não somente acentuam a exploração dos trabalhadores da saúde como contribuem para a precarização dos serviços prestados à população mediante o comprometimento de princípios e diretrizes concernentes à Política de Atenção Básica, como a integralidade, a longitudinalidade do cuidado em saúde e estabelecimento de vínculos entre as equipes e os usuários.

Assim, sob o paradigma gerencialista, o desempenho ficou reduzido à produtividade e à quantidade de trabalho, sobretudo a partir a gestão das organizações sociais. A ideologia produtivista exerce forte influência sobre as condições de trabalho dos profissionais de saúde da atenção básica, estabelecendo, por exemplo, critérios de avaliação de desempenho dos trabalhadores e de seus processos de trabalho e responsabilizando-os pelos indicadores de saúde da população. Além disso, contribui para a despolitização do cotidiano do trabalho em saúde e das determinações sociais do processo saúde-doença, pois restringe a avaliação da resolutividade dos problemas de saúde à somente a atuação dos trabalhadores, conforme explicam Nogueira e Lacerda (2020).

Tal fenômeno contribui para a continuidade de um desafio persistente da Atenção Básica que é o de produzir um perfil de trabalhador da saúde concernente à política de saúde do modo que ela foi pensada. Cecilio e Reis (2018), na contramão deste processo, consideram os processos de educação permanente em serviços; os modelos de gestão mais participativos, fortemente ancorados na ideia de cogestão; e criação da “figura do apoiador”, com suas atribuições terapêutico-pedagógicas junto às equipes, possíveis caminhos de intervenção para este impasse.

O Programa Mais Médicos (PMM), nesta perspectiva, representou um dos mais importantes avanços no que tange a questão da formação para a Atenção Básica. Segundo Cyrino (2015), o programa contribuiu para a revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a graduação médica, reforçando a centralidade da formação na AB, “a perspectiva de formação na rede de atenção à saúde no SUS, o aprimoramento da integração ensino-

serviço-comunidade, fortalecendo a perspectiva da indissociabilidade entre formação, atenção em saúde e participação popular”.

Para além do incentivo à formação médica, é possível afirmar que o PMM produziu importantes respostas à antigos desafios da Atenção Básica através do provimento emergencial de médicos em áreas vulneráveis e o investimento na melhoria da infraestrutura das unidades básicas de saúde. Entretanto, a emergência de políticas ultraneoliberais, a partir de 2016, e a ascensão de um governo de extrema-direita nos anos seguintes configuram um cenário desfavorável à manutenção do programa, marcado por diversos retrocessos na política de saúde e na Atenção Básica. O desmonte do PMM e o reforço da concepção restrita de APS associada às tentativas de privatização dos serviços de saúde darão o tom da condução da Política de Atenção Básica no atual período.

3.3 Os atuais desafios da Estratégia de Saúde da Família e o enfrentamento à Pandemia de COVID-19

A partir de 2016, inaugura-se um momento ainda mais nocivo aos direitos sociais com a chegada ilegítima de Michel Temer à esfera executiva após o impeachment da presidenta Dilma Rousseff. Behring, Cislighi e Souza (2020) chamam de “Novo Regime Fiscal” o aprofundamento da política de ajuste fiscal viabilizado a partir da combinação letal no presente momento, entre precarização das relações trabalhistas e o desfinanciamento da proteção social. Entre os feitos de Temer, é preciso destacar a aprovação da contrarreforma trabalhista, que estimulou a “terceirização e precarização generalizadas do trabalho no país”; da Emenda Constitucional 95 (EC-95), popularmente conhecida como “PEC da morte” ou “PEC do Teto de Gastos”, que congelou o investimento em direitos sociais como saúde e educação pelos próximos 20 anos e limitou o crescimento das despesas e investimentos públicos ao valor gasto no ano anterior corrigido pela inflação; e da Emenda Constitucional 93, que “estendeu a desvinculação de recursos pela DRU até 2023 e a ampliou para 30%, também para estados e municípios”.

Os efeitos da EC 95 sobre o financiamento das políticas sociais são imediatos, sobretudo no SUS, onde o subfinanciamento crônico já é um antigo desafio à materialização dos princípios e diretrizes desse sistema de saúde.

Apesar da mobilização de gestores da saúde e do movimento social e de algumas iniciativas no parlamento visando ampliar os recursos para a saúde, o SUS jamais contou com o volume de financiamento compatível exigido para sistemas universais e que pudesse garantir as premissas previstas na Constituição. O gasto total em saúde no Brasil se mantém em torno de 8% do PIB, sendo que mais da metade é composto por gastos privados. As evidências internacionais sugerem que a universalização dos sistemas de saúde implica gastos públicos iguais ou superiores a 70% dos gastos totais no setor, estando o Brasil mais de 20 pontos percentuais abaixo desse patamar. (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019, p.59)

Estimativas apontam que, desde 2018, a EC-95 já tenha causado prejuízos bilionários ao orçamento da saúde e, conseqüentemente, à oferta de seus serviços, representando, portanto, não só um dos maiores ataques à garantia dos direitos fundamentais estabelecidos constitucionalmente, como a institucionalização formal do processo de desfinanciamento da saúde pública no Brasil. (FIOCRUZ, 2021, online)

Segundo Bruno Moretti, entre 2018 – ano em que a regra passou a valer para a saúde – e 2020, o teto de gastos significou uma perda de R\$ 22,5 bilhões para o orçamento da saúde. Ele calcula que, caso ainda vigorasse a regra anterior, prevista na Emenda Constitucional 86, que previa a destinação de 15% das receitas correntes líquidas da União para a saúde, somente em 2022 o governo federal teria que destinar mais R\$ 25 bilhões para o orçamento da saúde. Isso porque, segundo o economista, a arrecadação tributária, tanto da União quanto de estados e municípios, vem crescendo, cenário no qual o prejuízo causado pelo teto de gastos para a área da saúde fica mais evidente. (FIOCRUZ, 2021, online)

Outro elemento marcante das contrarreformas adotadas durante o governo Temer foi o avanço do processo de privatização da saúde, impulsionado pelas propostas de Planos de Saúde Populares ou Planos de Saúde Acessíveis, defendidas por seu Ministro da Saúde Ricardo Barros. (BRAVO; PELAEZ, 2020)

São apresentadas, de forma sintética, as seguintes propostas para o Plano de Saúde Acessível: a) Plano Simplificado – cobertura para atenção primária, restrita a consultas nas especialidades previstas e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade; b) Plano Ambulatorial + hospitalar – cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade; c) Plano em Regime Misto de Pagamento – oferece serviço por intermédio de contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina

preventiva; e, quando necessário, atendimento ambulatorial. (ANSS, 2017).

Tal proposta, que recebeu fortes críticas de entidades como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Associação dos Servidores e demais Trabalhadores da ANS (ASSETANS), representa um grave retrocesso à saúde pública, de forma geral, e à Atenção Básica, particularmente. Isto porque, além de subverter o papel do estado, apresenta diversas restrições de cobertura, compromete a garantia do princípio da universalidade e da integralidade da assistência preconizados pela política de saúde e amplia o escopo da participação privada na oferta dos serviços de saúde, fortalecendo um projeto de saúde totalmente submetido ao mercado.

As propostas apresentadas durante o governo Temer apontam para a persistência de um modelo segmentado de atenção à saúde em detrimento dos diversos avanços conquistados ao longo das quase três décadas de construção do SUS e do recente fortalecimento da Atenção Básica como estratégia de reorganização da atenção à saúde. Para Senna e Santos (2017), a defesa de sistemas segmentados passa pelo argumento de que a instituição de sistemas especiais para aqueles que podem pagar permite destinar os recursos sobranes para o atendimento aos pobres. As autoras alertam, no entanto, que evidências empíricas apontam exatamente o contrário, pois na medida em que a instituição exclusiva de um sistema para pobres leva a um subfinanciamento e amplia as iniquidades em saúde.

É em meio a este cenário efervescente que a Política Nacional de Atenção Básica sofre uma revisão em 2017, incorporando medidas funcionais às contrarreformas estabelecidas por Temer e à desconfiguração da política de saúde. Entre os principais aspectos de descontinuidade da PNAB 2017 em relação às edições anteriores estão:

- a ausência de menção à “humanização” enquanto princípio da PNAB, presente na política a partir da edição de 2011²⁸.
- a retirada da centralidade da Estratégia de Saúde da Família e a criação de incentivos para a modalidade tradicional de AB que

²⁸ Ainda que hajam lacunas conceituais relativas ao conceito de “humanização”, cabe destacar a ausência de sua menção, a partir da edição de 2017, para fins de análise comparativa entre as últimas edições da PNAB.

reforçam o modelo de recuperação da saúde em detrimento do modelo centrado nas estratégias de prevenção e promoção.

- a redução do número de ACS por equipes de Saúde da Família, de maneira a vincular esse quantitativo aos territórios ditos de maior risco e mais vulneráveis, ao mesmo tempo que se oportuniza a possibilidade de aumento de suas atribuições;
- a renomeação dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASFs) para Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)²⁹;
- retirada da previsão de que parte da carga horária dos profissionais (8 horas semanais) pudesse ser destinada para atividades de formação, ainda que a PNAB 2017 traga a educação permanente como importante para o processo de trabalho da atenção básica.

Bravo e Pelaez (2020) alertam para o risco de que a instituição de formas de financiamento para arranjos assistenciais que não contemplem equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde (ACS) comprometa os princípios norteadores da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia de Saúde da Família, como o mapeamento do território, a identificação de indivíduos e famílias expostos a situações de risco, o cadastramento e atualização das famílias de sua área, entre outras atribuições diretamente relacionadas ao processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde, profissional de suma importância para viabilidade dos serviços da ESF.

Sobre as novidades trazidas pela PNAB 2017 destaca-se o reconhecimento da figura do gerente de serviço, um profissional qualificado, com nível superior e experiência da AB, que não deve ser membro de EqSF. Segundo a Secretaria de Atenção Primária, esse profissional, que passa a receber incentivos federais, tem como objetivo “garantir o planejamento em

²⁹ Melo et. al. (2018) destacam que a mudança de nomenclatura das equipes NASFs traz consigo uma série de consequências ao formato de seu funcionamento, como a perda da função de apoio e a possibilidade de cobrir também as unidades básicas tradicionais, que podem acarretar em maior dificuldade de operar na lógica do apoio matricial com este tipo de UBS (considerando o regime de cargas horárias previsto bem como a baixa indução para funcionarem com atributos e diretrizes observados na ESF)

saúde, a gestão e organização do processo de trabalho, coordenação das ações no território e integração da Unidade de Saúde da Família (USF) com outros serviços.”

O custeio mensal da Gerência da Atenção Primária está previsto na Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. O custeio mensal será de R\$ 713,00 para municípios que possuem apenas uma equipe e USF, e R\$ 1.426 para Municípios que possuem mais de uma equipe no total, repassando tal valor para unidades com duas ou mais equipes, ou ainda, a cada duas unidades de saúde nas quais atua apenas uma equipe. A atuação do gerente da USF na coordenação destes espaços será estratégica e deverá ter como norte o disposto na Política. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SAPS, 2009, online)

As mudanças trazidas pela PNAB 2017 durante o governo Temer representam novos riscos aos pilares do modelo assistencial que caracteriza a ESF como a possibilidade de ausência do ACS que afeta diretamente o componente comunitário e de promoção da saúde, pautado pela concepção da determinação social do processo saúde-doença e da clínica ampliada, o estabelecimento de equipes com carga horária mínima de dez horas semanais, que tende a fortalecer uma atuação profissional, sobretudo do médico, orientada à atenção curativa e de controle de riscos individuais.

O avanço do ultraneoliberalismo, a partir de 2016, cujas características diferem-se, segundo Behring, Cislighi e Souza (2020), do neoliberalismo da década anterior pela agressividade com que recaem sobre os “direitos e condições de vida e trabalho das maiorias”. Para as autoras, a crise financeira de 2008 desempenhou papel central para a inflexão do neoliberalismo, que aprofundou seus pressupostos em um ambiente político e ideológico de intensos ataques às liberdades democráticas e que, no contexto pandêmico, revelou o “perfil genocida” de sua agenda ao submeter à defesa da vida à proteção da economia.

Neste sentido, é preciso destacar que o cumprimento da agenda ultraneoliberal exigiu e permanece exigindo a adoção de um conjunto de medidas que caminham na contramão dos princípios e diretrizes estabelecidos PNAB. Por conseguinte, optou-se pela sistematização análise em duas tabelas. A primeira, que trata dos princípios e a relação com a conjuntura, e a segunda para estabelecer tal relação entre as diretrizes e conjuntura.

TABELA 1: PRINCÍPIOS DAS PNABs X ULTRANEOLIBERALISMO

PRINCÍPIOS DAS PNABs X ULTRANEOLIBERALISMO				
	Definição PNAB 2006	Definição PNAB 2011	Definição PNAB 2017	Impactos da conjuntura
Universalização	"A Atenção Básica tem como fundamentos: I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; [...]" (PNAB, 2006)	possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. (PNAB, 2011)	[...] possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades. (PNAB, 2017)	"Atenção Básica para os pobres", para os que não podem pagar pelos seguros de saúde
Integralidade	A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes: [...] efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;	Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. (PNAB, 2011)	É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade. (PNAB, 2017)	Conjunto de serviços de baixa complexidade (cesta básica de serviços) e ações focalizadas

<p>Equidade</p>	<p>Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (PNAB, 2006)</p>	<p>A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes: ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade, (PNAB, 2011)</p>	<p>[...] ofertar o cuidado, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde. (PNAB, 2017)</p>	<p>Precarização das condições de trabalho e da oferta de formação e capacitação dos profissionais das AB, de forma a garantir uma melhor assistência à população atendida pelo SUS.</p>
<p>Acessibilidade*</p>	<p>Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (PNAB, 2006)</p>	<p>[...] o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. (PNAB, 2011)</p>	<p>Universalidade: [...] O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades. (PNAB, 2017)</p>	<p>O acolhimento e a escuta qualificada ameaçados pela lógica produtivista que limita o conhecimento da demanda e a reorientação dos processos de trabalho voltados à ampliação da acessibilidade e adequação da oferta às necessidades.</p>
<p>Vínculo*</p>	<p>[...] valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; (PNAB, 2006)</p>	<p>vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. (PNAB, 2011)</p>	<p>Art. 7º São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo: [...] garantir provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a Atenção Básica com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo;</p>	<p>A construção de vínculos é ameaçada pela precarização dos processos de trabalho e pela rotatividade de profissionais característica da instabilidade do vínculo empregatício</p>
<p>Humanização*</p>	<p>[...] realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; (PNAB, 2006)</p>	<p>Atendimento humanizado como atribuição comum a todos os profissionais de saúde (PNAB, 2011)</p>	<p>-</p>	<p>Acolhimento e atendimento humanizado submetidos à lógica produtivista</p>

<p>Longitudinalidade</p>	<p>A Atenção Básica tem como fundamentos: [...] desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;</p>	<p>A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado. (PNAB, 2011)</p>	<p>pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado. (PNAB, 2017)</p>	<p>Tal qual a construção de vínculos, a longitudinalidade do cuidado é ameaçada pela precarização dos processos de trabalho e pela rotatividade de profissionais característica da instabilidade do vínculo empregatício</p>
<p>Responsabilização*</p>	<p>A Atenção Básica tem como fundamentos: [...] desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; (PNAB, 2006)</p>	<p>A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado. (PNAB, 2011)</p>	<p>Integralidade: [...] Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.</p>	<p>Responsabilização entre as equipes e a população adscrita ameaçada pelo reduzido quadro de profissionais, sobretudo de medicina, bem como da precarização dos processos de trabalho que impactam a lógica de referenciamento das equipes</p>

Tabela elaborada pela autora com base nas edições da Política Nacional de Atenção Básica (2021).

*Os princípios da acessibilidade; responsabilização; humanização; vínculo e continuidade do cuidado/longitudinalidade foram instituídos pela edição de 2006 e revisados na edição de 2017, que deixou de fazer menção ao conceito de “humanização” e deslocou os princípios da longitudinalidade como uma das diretrizes da política. Além disso, sob a atual PNAB (2017), os princípios da acessibilidade, o vínculo e a responsabilização passaram a integrar entre os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade.

Com base na Tabela 1, é possível inferir que a conjuntura ultraneoliberal tem avançado sobre a Atenção Básica e operado uma considerável influência sobre a revisão desta política, sobretudo na viabilização dos princípios explícitos nas últimas edições da Política Nacional de Atenção Básica. De acordo com a tabela, é possível concluir que:

a) Tal como desenvolvido no decorrer do presente trabalho, o desafio de alcançar setores médios da sociedade perdura sobre os dias atuais, sobretudo com a ampliação dos planos de saúde nas últimas décadas, acentuando a lógica de uma atenção voltada às camadas mais empobrecidas, ou seja, para aquelas incapazes de arcar com os custos dos seguros privados. Destaca-se, inclusive, o desenvolvimento de propostas de seguros cada vez mais “populares” e “acessíveis” a serem ofertados para as camadas de classe média que, afetadas pela crise econômica dos últimos anos, perderam seus planos de saúde. Marinho (2017) revela que, a partir o ano de 2015, houve a interrupção do crescimento da posse de planos de saúde que, para o autor, relaciona-se diretamente às quedas do PIB e da renda disponível da população, causados pela recessão econômica que o país atravessava. Dessa forma, a proposta GT/MS/2017 do ex-Ministro de Temer, Ricardo Barros, evidencia mais uma vez a aliança entre os últimos gestores e o mercado dos planos de saúde, que persiste como um dos principais entraves à universalização e o acesso à saúde no Brasil.

b) Sobre o princípio da integralidade, é preciso considerar que, diante do cenário explicitado anteriormente, tornam-se reduzidas as possibilidades de oferta de uma atenção integral, tal como disposto no princípio. O fortalecimento da participação dos grupos privados e o sistemático desfinanciamento que a saúde pública vem enfrentando nos últimos acarretam no sério comprometimento da possibilidade de expansão e da qualidade das ações, fortalecimento a ênfase em serviços de baixa complexidade e tecnologia na Atenção Básica. Além disso, a precarização dos vínculos de trabalho e redução do quadro de profissionais impactam a composição das equipes multidisciplinar e reduzindo as suas atividades à forma médico-centrada e desconstruindo, assim, os contornos ampliados da ideia de integralidade.

c) Em relação ao princípio da equidade, além do desfinanciamento, um dos aspectos que tem se tornado pouco avanço na qualificação e capacitação do quadro profissional para o trabalho na Atenção Básica, de forma a prover uma melhor assistência à população atendida pelo SUS e reduzir as desigualdades e exclusão de grupos populacionais estigmatizados ao acesso à saúde, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas. A conjuntura reacionária que vem sendo adotada pelo atual governo contribui para a invisibilização e inoperacionalização de ações de prevenção e promoção da saúde, bem como o recrudescimento de indicadores sociais e epidemiológicos, especialmente no que tange a atenção à saúde de alguns segmentos populacionais, como a população em situação de rua, a população negra, a população LGBTQIA+, entre outros.

d) Aspectos como vínculo, responsabilização, longitudinalidade e humanização, incorporados em 2006 como princípios da Política Nacional de Atenção Básica e, posteriormente, articulados à outros princípios e diretrizes, também são ameaças pela lógica que passa a ser incorporada pela Atenção Básica no atendimento ao receituário ultraneoliberal. A precarização das condições de trabalho dos profissionais da AB, mediante a fragilização dos vínculos empregatícios, da incorporação de valores gerenciais, racionalizadores e produtivistas e da inflexão sobre os processos de trabalho das equipes têm desempenhado um papel central na contramão da viabilização da construção de vínculos e da continuidade da relação de cuidado com a população usuária dos territórios adscritos, bem como na responsabilização das equipes mediante o processo de referenciamento dos usuários, princípios basilares na modalidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), um importante eixo adotado no processo de reorganização da atenção básica, que deslocou o trabalho em saúde para o território e que se propôs romper com uma prática construída historicamente pautada em procedimentos médicos. Neste sentido, tem-se observado, a partir da edição de 2017, o estímulo à modalidade tradicional da AB em detrimento da implementação de equipes da ESF, o que pode acarretar no reforço de práticas e ações voltadas à recuperação e às práticas meramente curativas no âmbito da AB.

TABELA 2: DIRETRIZES DAS PNABs X ULTRANEOLIBERALISMO

DIRETRIZES DAS PNABs X ULTRANEOLIBERALISMO				
	Definição PNAB 2006	Definição PNAB 2011	Definição PNAB 2017	Impactos da conjuntura
Regionalização e hierarquização	A PNAB de 2006 não faz menção à regionalização e hierarquização	O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada". (PNAB, 2011)	Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos. (PNAB, 2017)	As diretrizes são ameaçadas pela fragmentação das ações da AB e pela dificuldade de interlocução entre os demais níveis de atenção
Territorialização	SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS: I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; [...] (PNAB, 2006)	A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes: ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;	Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas. (PNAB, 2017)	O processo de territorialização é ameaçado pelo reforço da lógica da AB tradicional e pela redução do número de ACSs, no que tange o mapeamento das áreas e identificação dos grupos e famílias expostos a risco.
Adscrição	apenas faz menção ao termo população adscrita	A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. (PNAB, 2011)	população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. (PNAB, 2017)	Processo de adscrição ameaçado pela redução do número de ACSs a partir da PNAB 2017

Coordenação do Cuidado	A Atenção Básica tem como fundamentos: [...] efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;	efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;	[...] elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. (PNAB, 2017)	Isolamento e sobrecarga da AB em relação aos outros níveis de atenção, especialmente sob a emergência sanitária do COVID-19.
Ordenação do cuidado		[...] reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.	reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas. (PNAB, 2017)	Isolamento e sobrecarga da AB em relação aos outros níveis de atenção, especialmente sob a emergência sanitária do COVID-19, que reforçam uma lógica de desfragmentação do cuidado em saúde.
Resolutividade	[...] equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica;	Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. (PNAB, 2011)	reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário. (PNAB, 2017)	Aspecto da resolutividade ameaçado pela dificuldade de formar profissionais e equipes multiprofissionais qualificadas em SF, pelo desmonte das equipes NASF e pelo reforço de ações fragmentadas na AB
Participação dos usuários		estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. (PNAB, 2011)	estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social. (PNAB, 2017)	Controle social ameaçado pela despolitização da participação dos usuários com o predomínio da concepção gerencial e privatista da Atenção Básica

Já na Tabela 2, é possível elencar os principais desafios colocados às diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. Dentre os quais, destaca-se que:

a) O fortalecimento da regionalização dos serviços de saúde e hierarquização das redes de atenção constitui um dos maiores desafios à Atenção Básica. Viana et al. (2015) afirma que o Brasil possui características particulares, como as “dimensões continentais, o número de usuários potenciais, as desigualdades regionais subjacentes e a multiplicidade de agentes envolvidos na condução e prestação da atenção à saúde”. Tais características conjugam-se ao cenário contemporâneo de uma descentralização cada vez maior da formulação, da gestão e implementação das políticas de saúde, bem como o avanço das atividades de "empresariamento" da gestão e oferta de serviços, sobretudo pela entrega da administração pública às organizações sociais. O desafio repousa sobre as dificuldades de fortalecimento de uma rede de atenção homogênea em um território de tamanha complexidade como o Brasil, o que contribui para a fragmentação da capacidade de oferta, da decisão e do planejamento das ações e serviços nas regiões de saúde (VIANA, et al., 2015).

b) Sob tal perspectiva, cabe ressaltar que, sob as diretrizes da coordenação e ordenação do cuidado em saúde constituem-se em um desafio latente da Atenção Básica, especialmente no que se refere à recorrente falta de articulação da Atenção Básica às outras redes de atenção, como a média e alta complexidade, o que contribui para a persistência de barreiras à regulação de exames e consultas especializadas. Além disso, afetam o planejamento da assistência, definição de fluxos entre as redes de atenção e trocas de informações sobre os usuários, o que contribui para a desfragmentação do cuidado entre as redes.

c) No que tange a relação entre as diretrizes da territorialização, da adscrição e da resolutividade e a Atenção Básica, é preciso sinalizar a relação entre o retorno dos investimentos à Atenção Básica Tradicional e a redução do número de ACS por EqSF, que, conforme trabalho anteriormente, mapeamento

do território, a identificação de indivíduos e famílias expostos a situações de risco, o cadastramento e atualização das famílias de sua área, entre outras atribuições que contribuem diretamente para a efetivação dessas diretrizes. Igualmente importante é considerar a redução de recursos humanos para a composição das equipes multidisciplinares e para a execução de ações compartilhadas e planejadas em conjunto que auxiliam na compreensão dos problemas e na qualificação das respostas às demandas apresentadas, o que contribui para a viabilização da capacidade resolutiva das equipes nos equipamentos de Atenção Básica. Este cenário gera impactos, inclusive, para a efetivação da participação dos usuários como diretriz da PNAB, uma vez que as equipes de saúde da família, sobretudo os ACSs, em articulação com o processo de territorialização, contribuem diretamente para a mobilização da comunidade e para estímulo à participação dos usuários nas instâncias de controle social com a descentralização do poder.

De tal modo, as discontinuidades e novidades trazidas pela PNAB 2017 apontam para velhos e novos desafios históricos postos à operacionalização da AB no Brasil, como a permanente dificuldade de fixação dos profissionais, a coordenação de cuidado e a difícil integração com outros serviços e níveis de complexidade, a ampliação e melhoria do acesso e da base social, e o subfinanciamento da Atenção Básica.

O atual governo, presidido por Jair Messias Bolsonaro desde 2018, não indica sinais de discordância com a agenda ultraneoliberal impulsionada por Temer. Ao contrário, Bolsonaro e seus ministros acenam para o aprofundamento da política de austeridade fiscal e do desfinanciamento da saúde. Isto porque, ainda nos cem primeiros dias de seu governo, Bolsonaro anunciou o desligamento de mais de 8 mil médicos cubanos com o fim do Programa Mais Médicos, o que significou a desassistência de milhões de brasileiros nas mais diversas regiões do país, incluindo áreas remotas e aldeias indígenas, e um déficit ainda maior para quadro profissional da Atenção Básica.

O anúncio do fim do PMMB e o lançamento do programa Médicos pelo Brasil como seu substituto através da MP/890/2019 foi uma grande medida tomada pelo Ministério de Mandetta e Bolsonaro. A criação da medida provisória se deu meses depois do governo federal passar a exigir a

revalidação de diplomas de médicos estrangeiros, o que fez com que Cuba - país que enviara o maior quantitativo de profissionais ao programa - encerrasse a parceria com o Brasil, retirando grande parte de seus profissionais do país. Estima-se que em 2015, ano considerado auge do programa, havia 17.577³⁰ médicos contratados e com o fim da parceria com o governo cubano, em 2018, este número chegou a 8.439.

O Programa Médicos pelo Brasil (PMB) traz modificações no que tange a qualificação dos critérios de vulnerabilidade dos municípios e o modelo de contratação dos médicos, mas ainda provoca incertezas aos estudiosos e profissionais da saúde. Segundo Neto e Barreto (2019), ele traz avanços em relação ao PMMB quando passa a priorizar municípios não alcançados pelo antigo programa a partir da utilização de uma metodologia de classificação proposta pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e por viabilizar a possibilidade de contratação posterior sob o regimento da Consolidação das Leis Trabalhistas.

Apesar de se utilizar do artifício criado no PMM da bolsa formação para qualificar os profissionais sem formação direcionada para a APS, verifica-se que no PMB este processo é temporário e se articula com uma prova de título ao final de 2 anos que validaria ou não a contratação posterior via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e com um plano de carreira com 4 níveis e progressões a cada 3 anos. No caso de médicos com formação em MFC, o ingresso na carreira seria direto, tendo o mesmo uma atuação de tutor dos médicos em formação. Além disso, o valor da remuneração superior ao PMM e a diversificação desta em componentes fixos e outros variáveis (desempenho, tempo de permanência, distância de grandes centros, etc.) estão entre os elementos propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para atração de profissionais. (NETO&BARRETO, 2019, p.4)

Entretanto, os autores alertam para os riscos que decorrem do novo programa, especialmente, no que concerne às mudanças na vinculação trabalhista. Neto e Barreto (2019) ressaltam que tais avanços encontra-se diretamente vinculados à influência das entidades médicas e, por esta razão, não configuram-se como garantias de fixação destes profissionais, um desafios mais antigos colocados à operacionalização dos programas de atenção básica,

³⁰ Dados obtidos através da matéria veiculada pela Agência Câmara de Notícias. Disponível em <www.camara.leg.br/noticias/759824-ministerio-da-saude-garante-a-recomposicao-de-quadros-do-programa-mais-medicos>

uma vez que o aumento de renda e a vinculação à CLT, por si só, não seriam suficientes para compensar outras fontes de insatisfação com o trabalho que atravessam a fazer profissional destes sujeitos e que acabaram não sendo contemplados pelo novo programa.

Além disso, o PMB altera as diretrizes relacionadas ao “suporte educacional e contato com centros formadores” (NETO&BARRETO, 2019) que passam a ter duração de dois anos, ou seja, apenas nos primeiros anos de bolsa formação, o que segundo os autores, podem levar à sensação de isolamento nos locais mais distantes e, posteriormente, o abandono do programa.

No PMM este elemento aparecia através da supervisão e dos encontros locorregionais e, mesmo que acontecesse apenas 1 vez ao mês, o seu caráter longitudinal se mostrou associado à intenção de permanência na APS quando havia um bom supervisor. (NETO&BARRETO, 2019, p.4)

Outro aspecto a ser avaliado em relação ao PMB refere-se à ausência de propostas de incentivo e financiamento da qualificação estrutural das UBS, além da falta de elementos vinculados à formação médica e estímulos à residência, anteriormente contemplados pelo PMMB.

O eixo de qualificação da estrutura previa financiamento para reformas e ampliações das unidades básicas de saúde (UBS) e conseguiu contribuir para qualificação estrutural das UBS que recebiam médicos do PMM. Já o eixo formativo previa ações de reorientação da formação médica com ampliação e interiorização das vagas de graduação e residência médica como dispositivo de formação de profissionais de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo conseguido resultados importantes na interiorização dos cursos médicos, reorientação dos currículos de medicina, além da ampliação e ocupação das vagas de residência de MFC. (NETO&BARRETO, 2019, p.5)

Dessa forma, conclui-se que, dos três eixos estabelecidos pelo PMM, o PMB envolve apenas o provimento em áreas remotas e formação especializada em serviço, rompendo com o incentivo à formação via residência e o provimento de melhoria da infraestrutura das UBS. Para Giovanella et al (2029), a ausência da inclusão desses dois eixos representa um retrocesso no que tange a fixação dos profissionais de saúde, desafio antigo da atenção básica que vinha obtendo avanços com o PMM. Outro aspecto relevante à fixação de profissionais em áreas remotas, previsto anteriormente pelo PMM e ignorado pelo PMB, é a oferta de formação interiorizada, priorizando regiões de

saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante para a implantação de escolas médicas. A não incorporação desse aspecto ao novo programa evidencia, para a autora, o descompromisso da agenda com a reorientação da formação médica para o trabalho na AB e com o enfrentamento à escassez de profissionais nessas regiões.

Além disso, a condução da Política de Saúde Mental pelo atual presidente tem apresentado um conjunto de retrocessos aos avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica com a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e o fortalecimento das comunidades terapêuticas como dispositivos das redes de atenção psicossocial a serem financiadas pelos SUS em detrimento dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) que prestam serviços substitutivos aos modelos manicomial de atenção. Neste sentido, destaca-se o anúncio do Decreto nº 9761/2019 que estabeleceu a “nova” Política Nacional sobre Drogas que parte da defesa da perspectiva da abstinência, que desconsidera a Política de Redução de Danos e prioriza a priorização das internações ao invés do cuidado humanizado nas redes de atenção psicossocial.

O direcionamento reacionário da Política de Saúde Mental apresenta rebatimentos diretos no trabalho da Atenção Básica, tendo em vista o apoio matricial de saúde mental prestado pelos CAPS às equipes de ESF e dos NASFs-AB com objetivo ampliar a capacidade resolutiva nos casos de saúde mental identificados no território, um antigo desafio da Atenção Básica. A atuação integrada dos CAPS com a AB também encontra-se comprometida pelo avanço da perspectiva da abstinência, que constitui-se enquanto um contraponto à estratégia pactuada no estabelecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela Portaria 3.088 de 2011, que estabeleceu as unidades de atenção básica e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas.

Além da Política de Saúde Mental, outros impactos da política ultraneoliberal de Bolsonaro puderam ser sentidos na Atenção Básica, como a adoção enviesada da pauta dos serviços de saúde por outros Ministérios, como a proposta do Ministro Paulo Guedes, da Economia, que tinha como objetivo a

criação de um “voucher” para a saúde e educação, e a proposta do Ministério da Justiça e Segurança Pública de reduzir a tributação dos cigarros fabricados no Brasil. A primeira propunha que o usuário apresentasse uma espécie de “vale saúde” à empresas privadas em troca da prestação de serviços básicos. O que significaria, em tese, a desobrigatoriedade do Estado em prover a estrutura pública para os tipos de atendimentos comprados no setor privado que se referem, objetivamente, aos serviços prestados pelas unidades básicas de saúde. Já a segunda proposta desconsiderava a execução das ações de controle do tabagismo, um dos compromissos pactuados pela Atenção Básica como estratégia de promoção e prevenção da saúde mediante o acesso à abordagem e ao tratamento do tabagismo.

O direcionamento dado à saúde pública pela gestão de Bolsonaro não é surpresa para Bravo e Pelaez (2020) que consideram claras as intenções do governo de estreitamento com os setores empresariais da saúde desde a nomeação do seu primeiro Ministro da Saúde, o médico Luiz Henrique Mandetta, ex-presidente da Unimed Campo Grande, em Mato Grosso do Sul. Ao tomar posse de seu cargo, Mandetta já apresentava declarações favoráveis à racionalização dos custos com o SUS e ampliação da saúde complementar.

Durante cerimônia de transmissão do cargo de ministro da Saúde, o novo titular da pasta afirmou que “queremos e vamos cumprir um desafio constitucional. Saúde é um direito de todos e dever do Estado. Não tem retrocesso, não tem volta da nossa máxima constitucional. Mas não existem verdades absolutas a não ser as constitucionais”, publicado em reportagem do G1 de 02/01/2019. Defendeu o princípio da equidade e enfatizou que este não pode ser relativizado em favor de um conceito de integralidade que inspira ações judiciais individuais que desrespeitam os direitos coletivos. Ao mesmo tempo, disse que deseja “um sistema privado forte” e “solidário”. Afirmou ainda que o Ministério da Saúde tem um orçamento muito grande e “cada centavo” economizado, ao longo de sua gestão, irá para a assistência à saúde da população, tendo como foco a atenção básica. Informou que estuda a criação de um terceiro turno de atendimento nas unidades de saúde, para contemplar os trabalhadores que retornam tarde do trabalho e, por isso, têm dificuldade de acesso. A proposta foi apresentada na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de março de 2019. (BRAVO e PELAEZ, 2020, p.200)

Apesar da declaração favorável aos princípios constitucionais que regulamentam a saúde pública como dever do Estado, Mandetta acena para a ampliação da participação privada na gestão dos serviços de saúde e para fortalecimento das Santas Casas, sobretudo devido às suas declarações

que questionaram a eficiência dos hospitais públicos em comparação com os filantrópicos, conforme explicam as autoras.

Além disso, Mandetta apresentou a intenção de revisar a política de saúde para a população indígena, com vistas à modificação do subsistema de atenção à saúde indígena e municipalização de tal política. Entretanto, sua proposta enfrentou forte resistência das representações indígenas, o que fez o Ministério da Saúde recuar em sua decisão e anunciar a criação de um GT sobre o tema, com representantes do governo e da sociedade civil.

A estrutura da Atenção Básica também seria foco de consideráveis mudanças pelo novo Ministério da Saúde que, a partir de 2019, promoveu um intenso período de reestruturação da sua rede de atenção, a começar pela criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e a Secretaria de Tecnologia da Informação, que tinha como objetivo estimular teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação.

Após 25 anos da criação do Programa de Saúde da Família (PSF), foi criada, pela primeira vez, uma secretaria responsável pela Atenção Primária à Saúde e pela ESF. A nova secretaria passaria a abrigar o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), o Departamento de Saúde da Família (DESF) e o Departamento de Promoção da Saúde (DPS), que já existiam anteriormente. Segundo Reis et. al. (2019), a criação da secretaria contribuiu para que a APS ganhasse um maior protagonismo nas decisões do Ministério da Saúde e uma maior participação nas discussões orçamentárias.

Um elemento a ser problematizado, a partir da criação da SAPS, é a mudança no discurso das reformas setoriais com o simbólico retorno da nomenclatura “Atenção Primária à Saúde” aos documentos e órgãos do Ministério da Saúde, após a adoção do termo “Atenção Básica” ainda na década de 1990. É preciso destacar que a Atenção Básica foi adotada pelo MS, conforme explica Giovanella (2018) com o objetivo de diferenciar o modelo de Atenção Primária Seletiva, difundida por organismos internacionais e implementada em diversas regiões da América Latina.

Essa concepção abrangente de atenção primária à saúde, que o movimento da medicina social latino-americana cunhou como “atenção primária à saúde integral”, coaduna-se com diretrizes do SUS de garantia do direito à saúde. Todavia, essa não foi a abordagem de atenção primária à saúde, em geral, implementada em nossa região. Incentivada por organismos internacionais, foi difundida

uma abordagem “seletiva” de cesta de serviços “custo-efetivos” para pobres que Mario Testa bem referiu como “primitiva”, “medicina pobre para pobres”. Foi para se opor a essa concepção que se assumiu no SUS a denominação “atenção básica à saúde”. (GIOVANELLA, 2018, p.2)

Ainda que o presente trabalho não disponha de recursos teórico-metodológicos para traçar uma análise mais aprofundada sobre tal dicotomia no cenário contemporâneo, é preciso ressaltar que a escolha pelo termo pode representar uma postura política de alinhamento às atuais mudanças da Atenção Básica e, neste sentido, parece acenar para o retorno de uma AB cada vez mais seletiva e voltada aos mais pobres.

Além da nova Secretaria, outra prioridade do MS foi ampliação do acesso da população às unidades de saúde da família. Tal esforço resultou na criação do Programa Saúde na Hora, regulamentado pela Portaria MS nº 930, de 15 de maio de 2019 que viabiliza o custeio aos municípios e Distrito Federal para implantação do horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o território brasileiro. (BRASIL, 2019)

Com isso, o Ministério da Saúde passa a apoiar com novos recursos aquelas USF que abrirem 60h ou 75h semanais, e ofertarem um conjunto obrigatório de ações e procedimentos, além de pactuar um conjunto de dados eletrônicos, tanto administrativos, como clínicos dos pacientes acompanhados, com o objetivo de realizar monitoramento regular associado ao repasse financeiro. Desse modo, a proposta busca ampliar o acesso de modo mais oportuno e conveniente aos cidadãos, propiciando que este seja atendido preferencialmente no mesmo ambiente que realiza o seu cuidado continuado, mesmo fora do horário comercial, ao passo que assegura o financiamento em dobro aos gestores que alcançarem resultados em saúde previstos, como a garantia da oferta de ações e serviços essenciais em período integral, alinhando o Brasil aos melhores sistemas de saúde do mundo. (REIS ET. AL., 2019, p. 3458)

Dessa forma, o programa Saúde na Hora institui a possibilidade de adesão em quatro tipos de formato de funcionamento em horário estendido: 1) USF com 60 horas semanais; 2) USF com 60 semanais horas com Saúde Bucal; 3) USF com 75 horas semanais com Saúde Bucal; e 4) USF ou UBS com 60 horas semanais simplificado.

O programa propõe que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com no mínimo três equipes poderão oferecer atendimento de 60 horas semanais com flexibilização e redução de carga horária dos profissionais e, neste sentido, Giovanella, Franco e Almeida (2020) alertam para o risco de descaracterização

do processo de trabalho e organização das ações da ESF a partir da transformação das UBS's em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

A abertura à contratação de plantonistas pode comprometer atributos da APS como a longitudinalidade e coordenação do cuidado. A proposta isolada, sem desenho de articulação com a rede de urgências, direciona a atenção às demandas agudas e manejo de doenças, com monitorização de casos graves à espera de transferência. Alerta-se também para a possibilidade de concentração das equipes nas áreas centrais dos municípios, perdendo-se a capilaridade da ESF nas comunidades. (GIOVANELLA;FRANCO; ALMEIDA, 2020, p.1478)

Ao demonstrarem suas preocupações com a descaracterização da organização das ações da ESF, as autoras sinalizam para um ponto que segue como importante desafio a ser superado pela Atenção Básica e que diz respeito à dificuldade de articulação da ESF com os outros níveis do sistema de saúde (média e alta complexidades). Tal articulação relaciona-se diretamente ao conceito de integralidade da atenção, definida como a garantia do direito de acesso dos usuários às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade, indispensáveis para atendimento das necessidades de saúde. Desse modo, ela representaria uma possibilidade de romper com o estigma da “atenção básica para os pobres”, ou seja, uma cesta básica de serviços de saúde dirigida aos mais pobres. No entanto, a dificuldade de integração persiste e recoloca importantes barreiras no acesso a exames e consultas especializadas, afetando a continuidade da assistência prestada no âmbito da ESF, um dos atributos centrais de uma concepção de atenção básica abrangente e menos segmentada.

Cecilio e Reis (2018), neste sentido, elencam algumas iniciativas que poderiam aumentar a capacidade de regulação e funcionamento da atenção básica à saúde como centro de comunicação e coordenação do cuidado no sistema de saúde.

Primeiro, fortalecer os mecanismos microrregulatórios locais, dando mais autonomia e resolutividade para as equipes. Outra medida seria criar instâncias reguladoras locais com representantes da atenção básica à saúde e dos serviços especializados públicos, de representantes dos usuários e, quando for o caso, de prestadores privados. Tais instâncias reguladoras teriam um funcionamento regular como câmaras técnicas, instrumento inovador da gestão em saúde. Idealmente seria interessante adotar elementos da educação permanente para a formação dos membros dessa instância reguladora, partindo-se sempre de “estudos de caso” que evidenciassem dificuldades de usuários de conseguir a integralidade do cuidado. Terceiro, e por fim, incorporar no funcionamento das

equipes a escuta ou reconhecimento dos mapas do cuidado dos usuários, como apontado antes, para buscar, com base no reconhecimento dos fluxos reais utilizados e produzidos pelos trabalhadores e usuários, o aperfeiçoamento da regulação governamental/formal. (CECILIO; REIS, 2018, p.8)

Outro marco que merece atenção foi a mudança no financiamento da Atenção Básica através da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 que instituiu um novo modelo de financiamento após 23 anos da criação do Piso da Atenção Básica. O Programa Previne Brasil, como foi nomeado o novo modelo aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) - composta pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) - tinha como princípio aumentar o acesso das pessoas aos serviços da APS e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores. Para isso, passava a considerar três componentes para fazer o repasse financeiro federal a municípios e ao Distrito Federal: capitação ponderada (cadastro de pessoas), pagamento por desempenho (indicadores de saúde) e incentivo para ações estratégicas (credenciamentos/adesão a programas e ações do Ministério da Saúde).

O programa foi lançado em cerimônia no Palácio do Planalto, no dia 12 de novembro, com a presença de diversas autoridades. Segundo o ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, o objetivo é buscar resultados na aplicação dos recursos da saúde, aumentando a cobertura, colocando os recursos em prevenção de doenças. “Hoje é um dia de refundação do Sistema Único de Saúde e nos investimentos da atenção primária”, disse na ocasião. (CONASS, 2019, online).

Em suma, o financiamento aos municípios passaria a levar em conta o número de usuários cadastrados nas equipes de saúde e o desempenho das unidades, a partir de indicadores como qualidade do pré-natal, controle de diabetes, hipertensão e infecções sexualmente transmissíveis.

Assim, é preciso destacar que o novo financiamento da Atenção Básica, que passa a limitar o repasse de recursos às pessoas cadastradas, pode significar uma restrição ainda maior da ação do SUS e da oferta de serviços da Atenção Básica.

A restrição de recursos prejudica a ação comunitária, o planejamento territorial e a vigilância em saúde, ações que valem para a população

como um todo e vão muito além de pessoas cadastradas. Alguns municípios já sofreram perda de recursos que eram a única transferência governamental em saúde de base populacional existente e que podia ser aplicada com alguma autonomia (BRASIL, 2020). (NOGUEIRA; LACERDA, 2020, p.196)

O Programa Previne Brasil, criado sob o atual governo, altera o modelo até então vigente, onde as ações das equipes dirigem-se a toda população do território, e, em centenas de municípios, representam os únicos serviços de saúde disponíveis à população. Conforme explicam Giovanella, Franco e Almeida (2020) a nova definição de critérios para o repasse de verbas à AB pode acarretar tanto em possíveis perdas de recursos financeiros quanto ao reforço da focalização e seletividade dos serviços da Atenção Básica.

Mesmo que as diretrizes das atuais políticas de APS sinalizem a prioridade para o cuidado individual, as novas modalidades de financiamento poderão significar perdas expressivas para muitos municípios, já sobrecarregados. Estimativas do Cosems SP e do Cosems RJ de cálculo das transferências com base na capitação ponderada sinalizam enormes perdas. Nos 12 municípios da Baixada Fluminense, por exemplo, seria necessário cadastrar até maio de 2020 mais de 2 milhões de pessoas com uma perda mensal de seis milhões de reais, o que certamente resultará em desassistência à população. Já o Cosems SP estima perda, em 2021, de 47% dos recursos federais para APS nos municípios paulistas. Apesar das projeções ministeriais de algum aumento do financiamento para a APS em 2020, o que parece haver é uma realocação de recursos, com perdas evidentes para parte dos municípios, especialmente aqueles classificados como urbanos. (GIOVANELLA;FRANCO; ALMEIDA, 2020, p.1478)

Segundo as autoras, o novo modelo de financiamento, além de prejudicar a responsabilidade constitucional do SUS sobre a segurança sanitária e a prevenção de riscos, dado que o cuidado se restringirá ao público “cadastrado”, compromete as ações coletivas de promoção da saúde e rompe com a universalidade e equidade do preconizadas pelo SUS e pela PNAB.

Outra meta preconizada pelo Ministério da Saúde era ampliação da informatização das unidades de saúde da família através do fomento à implantação e manutenção de prontuário eletrônico. Dessa forma, tem-se a criação do Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, que integra a estratégia de saúde digital do Ministério da Saúde, o Conecte SUS. O programa, instituído pela Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019, tem como objetivo “apoiar a informatização das unidades de saúde e a qualificação dos dados da Atenção

Primária à Saúde de todo o país”, subsidiando a gestão dos serviços de saúde e a melhoria da clínica.

O financiamento do programa Informatiza APS considera a classificação geográfica rural-urbana estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e o recurso será de custeio pago mensalmente por equipe. Para Equipe de Saúde da Família em: Municípios com tipologia urbano ou intermediário adjacente: R\$ 1.700,00 (mil e setecentos reais); Municípios com tipologia intermediário remoto ou rural adjacente: R\$ 2.000,00 (dois mil reais); Municípios com tipologia rural remoto: R\$ 2.300,00 (dois mil e trezentos reais). Para as Equipes de Atenção Primária os valores de custeio serão proporcionais aos valores para eSF: eAP de Modalidade I - 50% do valor do incentivo definido para a eSF; eAP de Modalidade II - 75% do valor do incentivo definido para a eSF. (SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE, 2019, online)

Dessa forma, a proposta objetivava, em tese, ampliar o incentivo à informatização tendo como pressuposto uma maior integração dos dados e do conhecimento das condições de saúde, o que seria possível devido à melhoria do controle e acompanhamento dos indicadores de saúde e da avaliação de qualidade dos dados. Reis et al (2019) explicam que esta modalidade de financiamento permite que cada município eleja a solução de tecnologia que mais se adapta à sua realidade e ao modelo de dados obrigatórios da SAPS. Entretanto, conforme explicam os autores, o MS se propõe a manter o desenvolvimento do software atual como uma solução de baixo custo aos municípios mais vulneráveis econômica e administrativamente, além de permitir e estimular o desenvolvimento de inovações por entidades privadas e sua adoção posterior por entes públicos.

É preciso salientar, entretanto, que o repasse de recursos baseados em indicadores de desempenho e produtividade, ainda que embasados pelo discurso de uma alocação mais eficiente e efetiva dos recursos de saúde, não se encontra desvinculado da lógica racionalizadora dos gastos públicos que têm legitimado as contrarreformas no âmbito da saúde e a introjeção de valores empresariais nos processos de trabalho em saúde.

Além disso, contribuem para uma maior disparidade entre os municípios a partir da priorização de municípios que apresentarem melhor desempenho, unidades informatizadas, horários expandidos, profissionais com formação profissional especializada em saúde da família e atividades de promoção à saúde. A nova proposta de APS, portanto, fala sobre aumento dos

recursos destinados à atenção primária, sem, no entanto, fazer menção ao aumento de recursos do Ministério da Saúde amplamente impactados pelo desfinanciamento em curso nos últimos anos.

O cenário apresentado aprofunda a implantação de uma atenção básica seletiva, que sob o contexto de forte política de austeridade fiscal e de restrição de direitos sociais no país, evidencia um retrocesso com graves consequências às condições de vida da população usuária, já intensamente precarizadas pela raízes da desigualdade econômica e social do Brasil.

No ano de 2018, os 30% mais pobres do país viram seu rendimento médio mensal se reduzir, enquanto aumentava o do 1% mais rico. O Brasil é um dos países mais desiguais do mundo. No ano passado, havia 13,5 milhões de pessoas vivendo em condições de miserabilidade total (IBGE, 2019b). Há ainda 35 milhões de brasileiros sem acesso à água tratada, cerca de 17% da população, e 13,6 milhões de pessoas residindo em favelas no Brasil (DATAFAVELA, 2020). (NOGUEIRA; LACERDA, 2020, p.199)

Estes são os territórios, segundo Nogueira e Lacerda (2020), onde majoritariamente se produzem as ações da atenção básica e, neste sentido, a restrição dos investimentos representa um grave risco à identificação de grupos de risco e de vulnerabilidade social.

Cabe ressaltar, deste modo, a estreita relação entre a redução do orçamento e a conjuntura político-econômica com o recrudescimento de indicadores da saúde como o aumento da mortalidade materno-infantil, o aumento dos casos de dengue, a redução da cobertura vacinal e o retorno dos casos de sarampo. Neste sentido, um estudo de Silva (2019) sobre a vigilância epidemiológica do sarampo, doença considerada eliminada no país desde 2016, estabelece uma relação entre o retorno de circulação do sarampo a partir de 2018, sobretudo na região Norte do país, à uma combinação de não-imunizados brasileiros e infectados vindos da Venezuela.

Para Silva (2019), entre os fatores que contribuíram para a rápida proliferação do sarampo estão

a redução das ações de fortalecimento da atenção à saúde; os recursos humanos e materiais insuficientes; a baixa cobertura vacinal; a fatores como a baixa sensibilidade da vigilância para detecção e notificação de casos suspeitos de doenças exantemáticas; a não realização de busca ativa de casos suspeitos na comunidade; a

desorganização da rede de vigilância e atenção ao paciente; a desorganização dos processos de trabalho; a baixa integração da vigilância e atenção; os entraves na organização do sistema de saúde municipal que podem contribuir para que a coleta de material para exames e/ou adoção de medidas de controle seja inoportuna; as dificuldades relacionadas a implementação das ações de controle pertinentes; a ausência de monitoramento sistemático do comportamento da doença e dos seus condicionantes no âmbito municipal. (SILVA, 2019, p.25)

Ainda sob tal perspectiva, cabe o destaque para o que Xavier (2019) explica sobre os impactos da política de austeridade sobre os indicadores de Atenção Primária em Saúde em São Paulo. Para o autor, o investimento na atenção básica é imprescindível para a diminuição da mortalidade neonatal, uma vez que a garantia do acesso à saúde materno-infantil é condicionada à uma abordagem qualificada tecnicamente e complexa do ponto de vista de sua abordagem e dos serviços de cuidado.

A diminuição da mortalidade neonatal depende da qualidade e acesso à assistência básica pela gestante, durante o protocolo do pré-natal, do atendimento oportuno ao recém-nascido quando esse se faz necessário, mas também da estruturação da Rede Cegonha de Atenção à Saúde, composta por assistência médica hospitalar, rede de maternidades, berçários e UTI pediátricas e neonatais com variados níveis de complexidade, sistema de classificação de risco prévio da mãe e do recém-nascido, protocolos adequados para as intervenções. (XAVIER, 2019, p.89)

Portanto, considerando a restrição cada vez maior dos recursos destinados ao SUS como um todo e à Atenção Básica, em particular, haja vista o condicionamento ao número de usuários cadastrados, pode-se considerar que os investimentos em saúde não acompanharão o crescimento da demanda por direitos e/ou a garantia das ações e serviços de promoção da saúde.

Além dos desafios já expostos, novos entraves foram colocados à Atenção Básica a partir do ano de 2020, dada a emergência da pandemia de COVID-19 que expôs as mazelas do país, diante do aumento exponencial de contaminados pelo vírus e da ausência da proteção social do Estado nas ações de saúde pública. Desse modo, a AB tornou-se um importante pilar frente à nova situação emergencial, tal como foi nas epidemias de dengue, Zika, febre amarela e Chikungunya. Considerando seu papel enquanto ordenadora do cuidado em saúde e os pilares que estruturam suas ações, como o conhecimento do território, o acesso, o vínculo entre o usuário e a equipe de

saúde, a integralidade da assistência, o monitoramento das famílias vulneráveis e o acompanhamento aos casos suspeitos e leve, a AB adquiriu protagonismo tanto para a contenção da pandemia, quanto para o não agravamento das pessoas com a Covid-19.

Algumas medidas são relevantes para o combate à pandemia, tais como a readequação das estruturas físicas das unidades – desde a implantação de fluxos e processos específicos para casos suspeitos e confirmados da Covid-19 até a estruturação de ambientes ventilados e organizados para tal –; o fortalecimento da integração da APS com os setores de vigilância em saúde; a elaboração de painéis locais e painéis integrados de informações em saúde que monitorem os casos prováveis de Covid-19 e subsidiem a gestão e os trabalhadores; o fomento dos setores públicos de informação em saúde; as ações intrasetoriais com articulação dos diferentes níveis de atenção; e a implementação de políticas intersetoriais. Destaca-se também a necessidade do fortalecimento da participação popular e da mobilização social no planejamento, avaliação e implantação das ações em saúde comunitárias, assim como a articulação de ações em saúde com as iniciativas de auto-organização comunitárias e de comunicação popular. (NOGUEIRA. LACERDA, 2020, p. 199)

Tudo isso soma-se ao conjunto de problemas já vivenciados pelas pessoas e impõe novas demandas e desafios ao trabalho da AB, como a abordagem dos problemas oriundos do isolamento social prolongado e da precarização da vida social e econômica, como transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e agudização ou desenvolvimento de agravos crônicos, cujas consequências são de difícil previsão, exigindo cuidados integrados longitudinais. (SARTI ET AL, 2020)

As mudanças na Atenção Básica, estabelecidas sob o atual governo, reafirmam a prioridade dada ao cuidado individual e ao atendimento à demanda espontânea já observada na condução do governo anterior. O estreito alinhamento do Ministério da Saúde de Bolsonaro aos grupos empresariais da saúde permanece após a demissão de Mandetta em abril de 2020 em plena Pandemia de COVID-19 e permanece em vigor com as nomeações de Nelson Teich, Eduardo Pazuello e Marcelo Queiroga na sequência, assumindo um perfil cada vez mais nocivo na conjuntura política e ideológica de características genocidas que se instaura na condução da pandemia.

Dessa forma, torna-se possível concluir que o atual cenário de crise não se resume a uma questão sanitária, mas sim à uma conjunção de fatores

que possui relação estreita com os campos político, social e econômico, e que exigirá medidas que vão além da imediata contenção da cadeia de transmissão do vírus. Os rebatimentos de tais processos na Atenção Básica, além de sinalizarem o descompromisso das últimas gestões com o projeto de SUS da reforma sanitária, agravam as condições de vida da população usuária, sobretudo diante do cenário pandêmico que requereu uma tomada de protagonismo ainda maior da AB enquanto ordenadora do cuidado em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verifica-se, ao longo deste ensaio, que, ainda que o Ministério da Saúde tenha adotado a denominação “atenção básica à saúde” com o intuito de opor-se à concepção seletiva disseminada pelos organismos internacionais, a AB tem desempenhado, ao longo dos anos, um papel focalizado em programas de imunização e saúde materno-infantil, ofertando uma gama de serviços de baixa complexidade e majoritariamente voltados para a população mais pobre.

São notáveis os avanços trazidos pela reorganização do modelo de Atenção Básica no Brasil nos últimos anos, sobretudo nas unidades que aderiram à Estratégia de Saúde da Família, que tendo como eixos principais de sua atuação a família, a comunidade e o vínculo com o território, contribuíram para a oferta de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, para o cuidado com a saúde bucal e assistência farmacêutica através da busca ativa de casos, da educação em saúde, da assistência domiciliar, do aumento do número de consultas pré-natais e a redução de nascidos com baixo peso, bem como da mortalidade infantil. Além disso, os avanços no cuidado e acompanhamento de doenças crônicas como hipertensão, e diabetes, além do reflexo positivo na adesão ao tratamento da tuberculose, da hanseníase e das infecções sexualmente transmissíveis. (ARANTES ET AL, 2016).

Entretanto, apesar de ser relevante a expansão da cobertura da AB e da ESF, ela não tem sido suficiente para a reorientação do modelo de atenção à saúde. Isto porque, conforme demonstra o presente estudo, a operacionalização da política de atenção básica tem esbarrado em desafios políticos e operacionais mediante o avanço do projeto privatista da saúde, em curso nas últimas gestões.

Do ponto de vista político-institucional, a ascensão dos governos liberais, a partir da década de 90 e o claro alinhamento destes às medidas de ajuste fiscal propostas pelas entidades internacionais, a partir do Consenso de Washington, acarretaram o processo de desregulamentação do Estado brasileiro que passou a redução cada vez maior dos gastos públicos através do

estabelecimento de tetos de gastos e da privatização dos serviços públicos. Tal processo representou a constituição de cenário de recrudescimento dos avanços constitucionais referentes à proteção social, com ênfase para o comprometimento do direito à saúde como responsabilidade do Estado.

As reformas necessárias à adesão desse receituário foram materializadas, inicialmente, pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado de Bresser Pereira que, sob o discurso do controle de gastos, descentralizou a administração pública estatal e criou os precedentes necessários para a transferência da gestão administrativa da saúde para as Organizações Sociais, entidades privadas sem fins lucrativos.

A entrega dos serviços de saúde às OSs, inicialmente observados, na gestão dos Hospitais e ambulatórios de especialidades, é incorporada à rede de Atenção Básica já em 1998 no Estado de São Paulo. A terceirização e concessão dos serviços estatais à organizações de direito privado, impulsionaram a adoção do modelo gerencial e a introjeção de valores e princípios tipicamente empresariais na gestão, conforme observado ao longo do trabalho. O que observa-se, hoje, é a sobreposição de valores como as contratualizações por resultados, o estabelecimento de metas de produtividade e as remunerações variáveis por desempenho sobre os princípios e diretrizes que regem o SUS, contribuindo não só para a precarização dos serviços prestados à população, como também para a precarização das condições de trabalho e da oferta de formação e capacitação dos profissionais das AB, de forma a garantir uma melhor assistência à população atendida pelo SUS.

A condução da política de saúde voltada aos interesses do mercado foi mantida durante os governos considerados neoliberais progressistas (BEHRING, 2020) ao longo dos anos 2000 que, apesar de alcançarem notáveis avanços na cobertura da população e na implementação das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, mantiveram o caráter focalizado de uma atenção voltada prioritariamente para as populações mais vulneráveis e à regiões consideradas mais periféricas. O desafio de alcançar os setores médios da população não foi levado a cabo pelos últimos gestores do Ministério da Saúde. O que se viu foi um cenário de fortalecimento do setor privado e da lógica privatista, haja vista a criação das Fundações Estatais de Direito Privado e a

implementação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) nos hospitais universitários.

Sob a incidência do “ultraneoliberalismo”, a partir da gestão Temer, o subfinanciamento crônico do SUS foi agudizado pelo congelamento dos gastos públicos com a política de saúde pelos próximos 20 anos e configura um cenário ainda mais caótico mediante o desfinanciamento da saúde. Os efeitos deste financiamento já podem ser sentidos na Atenção Básica mediante a debilidade cada vez maior da oferta de ações de promoção, prevenção e tratamento, o que contribui para o agravamento das condições de vida da população usuária e para o retorno de desafios já enfrentados pela Atenção Básica, como o aumento da mortalidade materno-infantil, o aumento dos casos de dengue, a redução da cobertura vacinal e o retorno dos casos de sarampo, considerado erradicado no Brasil desde 2016.

O condicionamento do repasse de recursos da Atenção Básica ao número de cadastrados e ao desempenho das equipes de ESF é outro reflexo do processo de desmonte da saúde pública e focalização da Atenção Básica, tendo em vista o reforço da lógica produtivista e díspar na oferta dos serviços da AB, uma vez que a nova modalidade de financiamento poderá acarretar perdas expressivas para muitos municípios, já sobrecarregados.

Os processos elencados rebatem decisivamente na dimensão operacional da política de Atenção Básica, tendo como principais sintomas a escassez de médicos na Atenção Básica, que representa, ainda hoje, um dos maiores desafios à expansão da ESF, bem como a má distribuição geográfica desses profissionais. Além disso, é preciso considerar que desafios como a frágil infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a falta de qualificação dos profissionais da ESF e as dificuldades de realizar ações intersetoriais.

O Ministério da Saúde de Bolsonaro, por sua vez, tem produzido respostas preliminares a esses entraves com a criação de uma série de iniciativas como o Programa Médicos pelo Brasil, em substituição ao Programa Mais Médicos, o Programa Previne Brasil, o Saúde na Hora e o Informatiza

APS. No entanto, diversos autores alertam para o risco de descaracterização dos processos de trabalho e da organização das ações da ESF, como a transformação das UBS's em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e a avaliação de desempenho dos trabalhadores e seus processos de trabalho na lógica gerencialista do setor privado, responsabilizando muitas vezes os trabalhadores pelos indicadores de saúde da população.

A pandemia de COVID-19, por sua vez, colocou em xeque o atual modelo econômico e social e evidenciou o fracasso do ultraneoliberalismo no Brasil, expondo a desigualdade histórica e as consequências dos anos de destruição do SUS através da incapacidade técnica da condução da pandemia e da sobrecarga da Atenção Básica enquanto ordenadora das redes de atenção à saúde.

Dessa forma, a Atenção Básica torna-se engrenagem fundamental para projeto de saúde completamente submetido ao mercado que se encontra em curso nas últimas décadas. Este, passou a conjugar o desfinanciamento da política de saúde à perda de direitos e ao enfraquecimento dos mecanismos de suporte e enfrentamento da classe trabalhadora, configurando um cenário cada vez mais ameaçador às demandas democráticas e o acesso à proteção social no Brasil.

A institucionalização formal do acesso universal à saúde, de forma gratuita, integral e igualitária, conquistado a partir das lutas do movimento de reforma sanitária e dos movimentos civis e sociais durante a década de 80, representou o maior avanço da saúde pública e culminou na criação do maior sistema público de saúde do mundo, o SUS. Todavia, a saúde pública permanece marcada pela oferta de serviços básicos e restritos de saúde e a Atenção Básica para os que não podem pagar pelos seguros de saúde.

É evidente que a análise do modelo de Atenção Básica não se esgota neste trabalho, sobretudo diante do atual cenário de emergência sanitária que agudiza as contradições inerentes à conformação da Atenção Básica no Brasil e reatualiza os desafios a serem enfrentados por este modelo de atenção. Entretanto, ampliar o debate teórico, ressaltando-se o grande potencial das ações da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família e as

contradições envoltas à sua consolidação, além de representarem ganhos para a saúde pública e coletiva, auxiliam a desconstrução da imagem de uma crise gestada no cerne do capital financeiro e apresentada como uma crise do Estado diante dos gastos exorbitantes com as políticas sociais e, especialmente, com o Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

A revolta da vacina. **Agência Fiocruz de notícias**, 2005. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina-2>>. Acesso em: 10 de julho de 2021.

ANTUNES, André. Ministério da saúde pode ter redução de mais de R\$ 40 bilhões em 2022. **Portal EPSJV/Fiocruz - EPSJV/Fiocruz**, 2021. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/orcamento-da-saude-pode-ter-reducao-de-mais-de-r-40-bilhoes-em-2022>>. Acesso em: 15 de setembro 2021.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZY, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, pp. 1499-1510, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>.

BASTOS DE PAULA, Silvia Helena. **Memórias e histórias da Atenção Básica do Estado de São Paulo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Política Social: fundamentos e história. São Paulo: Cortez Editora, 2006.

BOSCHETTI, I. **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação**. In: CFESS; ABEPSS. SERVIÇO SOCIAL: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: DF. CFESS/ABEPSS, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BOUSQUAT, Aylene; COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no Município de**

São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, pp. 1935-1943, 2006.

BRASIL, Lei 12.550 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a Empresa Pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Disponível em: . Acesso: 15/04/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 154** de 24 de janeiro de 2008. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa de Saúde da Família. Saúde dentro de casa – programa Saúde da Família. Brasília, DF, março de 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 545, de 20 de maio de 1993. Norma Operacional Básica. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_09.pdf

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Diário Oficial da União, 1988.

BRASIL. Lei Complementar no. 101 de 4 de Maio de 2000. Presidência da República - Casa Civil, 2000. Disponível em: Acesso em: Acesso em: 12 de outubro de 2021.

BRASIL. **Lei nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011.** Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm>

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 8.142,** de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e

sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 nov.1998.

BRASIL. Lei no. 9637. Decreto de 15 de Maio de 1998. Presidência da República - Casa Civil, , 1998. Disponível em: . Acesso em:

Brasil. **Medida Provisória nº 890**, de 1 o de agosto de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil. Diário Oficial da União, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da VII Conferência Nacional de Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 439, de 07 de abril de 2011**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019**. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica 01/96**. Brasília. DF. Publicado em 6/11/1996 no Diário Oficial da União. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%20SUS%2001_96.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01**. Assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso (Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação. Complementar. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 116. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 152 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Plano diretor da reforma do aparelho do Estado. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995.

Brasil. Portaria MS nº 930, de 15 de maio de 2019. Dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das unidades de saúde da família. *Diário Oficial da União* 2019; 15 maio. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n%C2%BA-930-de-15-de-maio-de-2019-104562211>

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva. **Atenção básica no Brasil: desafios e iniciativas para qualificação**. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva)—Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

CÉSAR, Cíntia Cristina Mariano. **Estratégia de saúde da família em território conflagrado pela violência armada: o desafio das ações de promoção da saúde no Complexo da Maré**. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial / Sidney Chalhoub**. — 2a ed. — São Paulo : Companhia das Letras, 2017

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota Técnica: Estratégia e-SUS: Atenção Básica e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica - SISAB. Brasília, 19 de abril de 2013.

CYRINO, Antonio Pithon. **Da Medicina Preventiva a Medicina Comunitária: Processo de Constituição de Campo de Ensino Extramuros na Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP (1969 - 1973)**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 20, n. 01 [Acessado 16 Agosto 2021] , pp. 37-42, 1996. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v20.1-006>>.

CYRINO, Eliana Goldfarb et al. **O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança?**. Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem, v. 19, n. 1, pp. 5-6, 2015.

EDLER, Flavio Coelho. Saúde e Higiene pública na Ordem Colonial e Joanina. **PortalEPSJV/Fiocruz**, 2018. Disponível em: <http://www.historiacolonial.arquivonacional.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5120&Itemid=372>. Acesso em: 09 de junho de 2021.

ESCOREL, S. **O programa de interiorização de ações de saúde e saneamento (Piass)**. In: Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, pp. 161-178.

FACCHINI, Luiz Augusto. A declaração de alma-ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos. **Portal EPSJV/Fiocruz - EPSJV/Fiocruz**, 2018. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>>. Acesso em: 12 de julho de 2021.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. **Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas**. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).

FLEURY, Sônia Maria; CARVALHO, Antônio Ivo de. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). In: FGV/CPDOC. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistenciamedica-da-previdencia-social-inamps>. Acesso: 30 abr. de 2018.

GIOVANELLA, Lícia , et al. **De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, e00012219, Jan. 2019. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/684/de-alma-ata-a-astana-atencao-primaria-a-saude-e-sistemas-universais-de-saude-compromisso-indissociavel-e-direito-humano-fundamental>. acessos em 13 Jul. 2021.

GIOVANELLA, Lícia et al. **Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde?**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro,. v. 35, n. 10, 2019.

GIOVANELLA, Lícia. **Atenção básica ou atenção primária à saúde?**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.34, n.8, 2018.

GIOVANELLA, Ligia. **Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, suppl 1, pp. s21-s23, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300005>>.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. **Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, pp. 1475-1482, 2020.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO, Cristiana Leite; ARAÚJO, Jackson Freire; FARAH, Jaqueline Medeiros; WAN DER MASS, Lucas; BONOLO DE CAMPOS, Luis Antônio. **ÍNDICE DE ESCASSEZ DE MÉDICOS NO BRASIL: ESTUDO EXPLORATÓRIO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.** In: O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. 1. ed.– Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2011.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, S. DA S. Portal da Transparência. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/837/1/DISSERTACAOKARINAPINHEIRO.pdf>

KROPF, Simone Petraglia; HOCHMAN, Gilberto, “Chagas, Carlos Ribeiro Justiniano”, Bynum, W.F.; Bynum, H. (eds.). Dictionary of medical biography. Greenwood Press, Westport, Connecticut/London, v. 2, 2007, pp. 320-5.

MARINHO, A. **A CRISE DO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE: DEVEMOS APOSTAR NOS PLANOS POPULARES OU NO SUS?**. Planejamento e Políticas Públicas, [S. l.], n. 49, 2017. Disponível em: [//www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/953](http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/953). Acesso em: 6 nov. 2021.

MELO NETO, A. J. de; BARRETO, D. da S. **Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade?**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 2162, 2019. DOI: 10.5712/rbmfc14(41)2162. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2162>. Acesso em: 30 out. 2021.

MELO, Eduardo Alves et al. **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, pp. 38-51, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. **O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 5, pp. 58-70, 2019.

MENEZES, Débora Holanda Leite. **A prática profissional do Serviço Social nos hospitais universitários**. Curitiba: Editora Prismas, 1. Ed., 2017.

MENEZES, Débora Holanda Leite; LEITE, Janete Luzia. **A NOVA CONFIGURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: o Rio de Janeiro como laboratório**. Revista de Políticas Públicas, 20(1),121-136.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. **A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República.** História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. 1999, v. 5, n. 3 [Acessado 30 Agosto 2021], pp. 621-645.

NETTO, J. P. **Transformações societárias e Serviço Social** - notas para uma análise prospectivo da profissão no Brasil. In: Revista Serviço Social e sociedade nº50. São Paulo: Cortez, Abr/1997, pp. 87-132.

NEVES, Julia.; MACHADO, Katia. Atenção primária à saúde terá novo modelo de financiamento. **Portal EPSJV/Fiocruz - EPSJV/Fiocruz**, 2019. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/printpdf/8719>>. Acesso em: 15 de setembro 2021.

NUNES, Everardo Duarte. **Juan César García: a medicina social como projeto e realização.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2015, v. 20, n. 1, pp. 139-144, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.17312014>>.

OLIVEIRA, Ana Paula Cavalcante de et al. **Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. 4 [Acessado 6 Setembro 2021], pp. 1165-1180.

OLIVEIRA, Andréia; GHIRALDELLI, Reginaldo. O **Serviço Social na atenção primária à saúde.** EM PAUTA, Rio de Janeiro. 2º Semestre de 2019 - n. 44, v. 17, p. 255 - 273. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/download/45243/30956>

OLIVEIRA, Felipe Proença de et al. **Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2015, v. 19, n. 54 [Acessado 16 Agosto 2021] , pp. 623-634.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>>. Epub Jul-Sep 2015. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>.

PUTTINI, Rodolfo Franco; PEREIRA JUNIOR, Alfredo; OLIVEIRA, Luiz Roberto de. **Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [3]: 753-767, 2010

RAMOS, André Luis Paes; SETA, Marismary Horsth De. **Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, 2019.

REIS, João Gabbardo dos et al. **Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, pp. 3457-3462, 2019.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Neoliberalismo e saúde. **Portal EPSJV/Fiocruz - EPSJV/Fiocruz/Dicionário da educação profissional em saúde**, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html>>. Acesso em: 15 de setembro de 2021.

ROSA, Tatiana. **E-SUS Atenção Básica é lançado pelo Ministério da Saúde**. REVISTA CONSENSUS. Edição 7, Saúde em Foco, 2013. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/consensus/e-sus-atencao-basica-e-lancado-pelo-ministerio-da-saude/>>. Acesso em: 20 de ago. de 2021.

SARTI, Thiago Dias et al. **Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, n. 2. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>>. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>.

SCHWARCZ, Lilia Moritz; STARLING, Heloisa Murgel. A bailarina da morte: A gripe espanhola no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

SENNA, Mônica de Castro Maia; SANTOS, Marta Alves. **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA AGENDA PÚBLICA BRASILEIRA: dilemas entre focalização e universalidade.** Revista de Políticas Públicas, vol. 21, núm. 1, pp. 403-424, 2017

SILVA, Juliana Santos Bispo da. **Estratégias para o fortalecimento da vigilância do sarampo: relato de experiência.** Tese (Residência Multiprofissional Regionalizado em Saúde da Família) - Escola Estadual de Saúde Pública. Salvador, 28p, 2019.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1129710>

SOUZA, Renilson Rehem. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo.** Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2002.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila et al. **Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil.** Política, planejamento e gestão das regiões e redes de saúde no Brasil) . Saúde e Sociedade [online]. 2015, v. 24, n. 2 [Acessado 6 Novembro 2021], pp. 413-422. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200002>>.

XAVIER, Roberto Sobreira. **Austeridade que mata: uma análise do impacto da crise política sobre os indicadores de Atenção Primária em Saúde no Estado de São Paulo.** Dissertação (Mestrado em Análise de Políticas Públicas) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. doi:10.11606/D.100.2019.tde-15082019-125429. Acesso em: 2021-10-21.