



“Questão Social, Pandemia e Serviço Social: em defesa da vida e de uma educação emancipadora”

Eixo temático: Política Social e Serviço Social

Sub-eixo: Crise, trabalho e tendências contemporâneas das políticas sociais no capitalismo

A ANÁLISE DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL E OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

EDUARDA GARCEZ ALMEIDA ¹

Resumo: O trabalho pretende analisar a trajetória da Atenção Básica no Brasil, bem como os rebatimentos da conjuntura macroeconômica na conformação dos desafios que estão colocados para este modelo na agenda contemporânea. Para tal, 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 os desafios da contemporaneidade se conjugam às contradições que nunca deixaram de se impor ao direito à saúde no Brasil e reverberam na Atenção Básica o desafio de prover uma atenção à saúde universal, integral e resolutiva.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Neoliberalismo; Sistema Único de Saúde; Serviços de Saúde.

Abstract: The work intends to analyze the trajectory of Primary Care in Brazil, as well as the repercussions of the macroeconomic situation in the conformation of the challenges that are posed for this model in the contemporary agenda. To this end, a descriptive research

¹ Estudante de Pós-Graduação. Ensp/fiocruz

was carried out through official documents, ordinances and databases of the Sistema Único de Saúde, as well as a review of the specialized literature. The results show that the challenges of contemporaneity are combined with the contradictions that have never ceased to be imposed on the right to health in Brazil and reverberate in Primary Care with the challenge of providing universal, comprehensive and resolute health care.

Key Words: Primary Health Care; Neoliberalism; Sistema Único de Saúde; Health services

INTRODUÇÃO

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 no início do século XX. No entanto, a dicotomia entre saúde pública e medicina previdenciária, que marcou o acesso à saúde nos anos que se seguiram, não conseguiu garantir a universalidade do cuidado em saúde no Brasil.

É somente com a Constituição de 1988 que a saúde passa a ser reconhecida como um direito de todos e dever do Estado. Tal mudança evidenciou a necessidade de implementação de um sistema descentralizado, hierarquizado e regionalizado para a garantia do acesso universal e integral à saúde e 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.

No âmbito internacional, a atenção primária à saúde começou a ganhar destaque a partir da década de 70, tendo como marco a Conferência de Alma Ata 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.

Dessa forma, foi possível observar, já nos primeiros anos após o reconhecimento do direito universal à saúde pelo texto constitucional, a conformação da abordagem seletiva de atenção primária disseminada por esses 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 nos últimos anos, 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.

A HISTÓRIA DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

No Brasil, os primeiros movimentos de estruturação de uma atenção primária remontam ao início do século XX com Centros de Saúde (1924) e o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), na década de 40, que contou com o apoio da Fundação Rockefeller para a execução de programas de cunho preventivo e curativo.

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 papel propulsivo das reivindicações do movimento de reforma sanitária e das mobilizações coletivas que atravessaram o país nos anos seguintes em busca de um “resgate da dívida social brasileira e ampliação da cidadania” (Senna e Santos, 2017) diferenciou o Brasil de outros países da América Latina ao incorporar

princípios redistributivos durante a construção de texto constitucional de 1988, dentre os quais a universalização do acesso, a integralidade e participação popular viriam a se tornar norteadores do novo sistema de saúde e, por conseguinte, do modelo de atenção primária que se delimitaria a partir deste processo.

Devido à intensa disputa de interesses formada na arena em que se institucionalizou o Sistema Único de Saúde (SUS), não tardou para que o SUS passasse a sofrer as refrações das políticas de ajuste fiscal propugnadas pelas entidades internacionais aos países latino-americanos e que fosse incorporado à Atenção Primária a reprodução de uma lógica seletiva a partir de ações estratégicas e focalizadas. A criação do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) em 1991 e, posteriormente, o Programa de Saúde da Família em 1993 foram consideradas, por alguns autores, como um reflexo desta guinada. Tal crítica, realizada sobretudo por intelectuais defensores do projeto de APS propugnado pelo movimento sanitário, baseia-se no fato que estes programas priorizaram regiões pauperizadas e desprovidas de serviços, com ausência de investimento próprio e implementados de forma “marginal à estrutura de serviços” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012), uma vez que foram alocados na Coordenação da Saúde da Comunidade (Cosac) do Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde Funasa), de forma desvinculada ao Ministério da Saúde.

A transferência do programa para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), subordinada ao Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, pelo então Ministro da Saúde Adib Jatene contribuiu para que o PSF perdesse um pouco do caráter marginal que a caracterizara em um primeiro momento. Além disso, a incorporação da concepção de família e comunidade à uma abordagem tradicionalmente centrada na doença, contribuiu para que a Atenção Básica passasse 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, além de instituir a criação do Piso da Atenção Básica (PAB). O PAB estabeleceu a destinação de recursos financeiros para ações na APS e 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.

A NOB SUS 01/96 também trouxe, em primeira mão, a mudança da nomenclatura “Atenção Primária” para “Atenção Básica”, que merece destaque na trajetória da AB no Brasil por se tratar do 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 publicou nos anos seguintes, a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 (NOAS/SUS 01/01) e a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/02 (NOAS/SUS 01/02). De acordo com 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 e 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 e o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), bem como a criação do Núcleo 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 matricial às equipes da Estratégia de Saúde da Família.

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 e contribuiu para o fortalecimento de 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.

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 et al. (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 Saúde, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) 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. 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.

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, marcando um ciclo de grandes avanços normativos e operacionais conquistados nas últimas décadas. Tais mudanças elevaram a atenção básica ao lócus 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, um dos debates mais empenhados acerca da consolidação da AB no Brasil 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” (Senna e Santos, 2017).

A sua gênese como um programa voltado à cobertura de regiões mais empobrecidas, através do PSF, e a reprodução da lógica seletiva e focalizada sobre os seus serviços, embasam a crítica de muitos autores de que a Atenção Básica tem desempenhado um papel de “atenção básica para os pobres”, sobretudo quando analisadas as dificuldades deste modelo em alcançar setores médios da população brasileira, como demonstram os estudos de Senna e Santos (2017).

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 a 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.

NEOLIBERALISMO E OS ATUAIS DESAFIOS DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

O desafio de contrapor-se à noção de “atenção básica para os pobres” também 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 se dará a partir do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado sob o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), que teve como eixos condutores a racionalização dos gastos públicos e a transferência da gestão das políticas públicas.

A ofensiva neoliberal impulsionada por organismos internacionais encontrou férteis terrenos nas gestões executivas para a execução de seu receituário sobre as políticas sociais e, na saúde, essa rede mista de gerencialismo conquistou consideráveis avanços nos últimos anos com o avanço crescente processo de terceirização via gestão por Organizações Sociais (OS) e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), sobretudo nas unidades básicas de saúde, drenando recursos públicos para que instituições privadas lucrem com o exercício da gestão pública e aglutinando novos desafios e antigas contradições que marcaram a conformação da Atenção Básica à Saúde no Brasil.

Para autores como Mendes e Amorim (2020), a adoção do novo modelo, que passou a reger a administração pública sob os princípios da flexibilidade e da ênfase nos resultados, requereu uma série de mudanças na política de saúde que foram atendidas, em parte, pela NOB SUS 01/96 mediante a criação do PAB,

sobretudo no que se refere ao financiamento da Atenção Básica. Os referidos autores avaliam em seus estudos que a modalidade de transferência de recursos pelo Ministério da Saúde 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. Essa 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. 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.

A partir de 2016, inaugurou-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 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. 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.

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 e PELAEZ, 2020). 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.

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 retirada da centralidade da Estratégia de Saúde da Família e a criação de incentivos para a modalidade tradicional de AB que 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 esses quantitativo aos territórios ditos de maior risco e mais vulneráveis, ao mesmo tempo que se oportuniza a possibilidade de aumento de suas atribuições; e a renomeação dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASFs) para Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).

De tal modo, as descontinuidades trazidas pela PNAB 2017 apontam para

velhos e novos desafios 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 Programa Mais Médicos (PMM) e o lançamento do programa Médicos pelo Brasil (PMB) como seu substituto através da MP/890/2019 foi uma grande medida tomada pelo Ministério da Saúde da gestão de Bolsonaro. 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.

No entanto, 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 (2019), 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.

Outra novidade do governo Bolsonaro para a Atenção Básica foi a 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.

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).

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.

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 é outro marco que merece atenção. O Programa Previne Brasil, como foi nomeado o novo modelo aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) 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). 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. Isso porque, o Programa Previne Brasil 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. 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 preconizadas pelo SUS e pela PNAB.

Por essas razões, é preciso salientar 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 pelas raízes da desigualdade econômica e social do Brasil.

Entre os desafios a serem enfrentados pela Atenção Básica também se faz necessário destacar 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.

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 o autor, 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. O autor ressalta que 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)

Tal conjuntura 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)

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.

CONCLUSÃO

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 envolvidas 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

AMORIM, Danilo Aquino e MENDES, Aquilas Nogueira. **Financiamento federal da atenção básica à saúde no SUS: uma revisão narrativa**. Jmphc. Journal of Management and Primary Health Care, v. 12, p. 1-20. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/970>. Acesso em: 31 ago. 2022.

BRASIL, Leis, etc. **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. Diário Oficial da união, Brasília, 1990.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. **A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências**. SER Social, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 191–209, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 31 ago. 2022.

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C.; FREIRE, S.M.F. (Org.). **Políticas sociais e ultraneoliberalismo**. In: BEHRING, Elaine Rossetti; CISLAGHI, Juliana Fiúza; SOUZA, Giselle. Ultraneoliberalismo e Bolsonarismo: Impactos sobre o orçamento público e a Política Social. Uberlândia, 2020. E- book. p. 103- 120. Disponível em: < https://issuu.com/navegandopublicacoes/docs/livro_modelomin__5__0198f5583884e7>. Acesso em: 31 ago. 2021

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. **Atenção Primária à Saúde: histórico e**

perspectivas. In: MOROSINI, V. G. C.; CORBO, A. D. (Orgs.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/ FIOCRUZ, 2007. p. 43-67.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde.** In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

GIOVANELLA, Lígia et al. **Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde?.** Cadernos de Saúde Pública [online]. 2019, v. 35, n. 10. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/jksZTLfMggtwRhjLbgVxzcx/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em : 31 ago 2022

GIOVANELLA, Ligia, Franco, Cassiano Mendes e Almeida, Patty Fidelis de. **Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 25, n. 4, pp. 1475-1482. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 31 ago 2022.

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://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 31 ago 2022.

NOGUEIRA, Mariana L; LACERDA, Alda. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: velhas contradições e novo coronavírus na pandemia do capital.** In: SILVA, L. B.; DANTAS, A.V. (orgs). Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020c.p.187-207. Disponível: http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/crise_e_pandemia.pdf Acesso em: 31 ago 2022.

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://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?>

format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 ago 2022.

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. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1129710>. Acesso em: 31 ago 2022.

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. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/100/100138/tde-15082019-125429/publico/Austeridade_que_mata.pdf. Acesso em: 31 ago 2022.