



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Amanda Firme Carletto

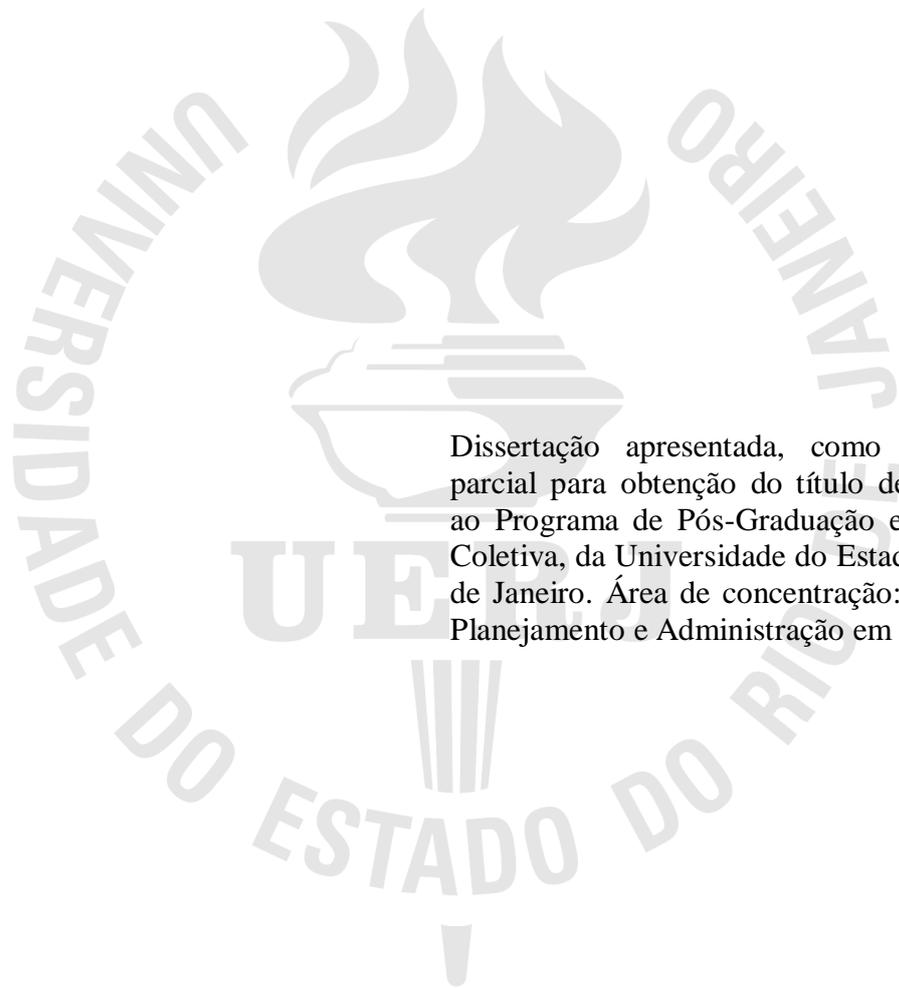
**O sentido político da Atenção Básica:  
descompassos da Portaria nº 2.436 de 2017 ameaçam o coração do SUS**

Rio de Janeiro

2021

Amanda Firme Carletto

**O sentido político da Atenção Básica:  
descompassos da Portaria nº 2.436 de 2017 ameaçam o coração do SUS**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. : Ronaldo Teodoro dos Santos

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

C281 Carletto, Amanda Firme

O sentido da Atenção Básica: descompassos da Portaria nº 2.436 de 2017  
ameaçam o coração do SUS / Amanda Firme Carletto – 2021.

95 f.

Orientador: Ronaldo Teodoro dos Santos

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de  
Medicina Social.

1. Atenção Primária à Saúde – Teses. 2. Serviços Básicos de Saúde – Teses. 3.  
Política de Saúde – Teses. I. Santos, Ronaldo Teodoro dos. II. Universidade do Estado  
do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2(81)

Bibliotecário: Charles William Macedo de Mello – CRB 7 6084

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta  
dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Amanda Firme Carletto

**O sentido político da Atenção Básica:  
descompassos da Portaria nº 2.436 de 2017 ameaçam o coração do SUS**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 15 de abril de 2021.

Orientador:

Prof. Dr. Ronaldo Teodoro dos Santos  
Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Márcia Silveira Ney  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof. Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista  
Instituto Fernandes Figueira

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Márcia Cristina Rodrigues Fausto  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2021

## **DEDICATÓRIA**

Com amor e saudades, dedico esta vitória a minha avó Socorro!

## **AGRADECIMENTOS**

Tenho gratidão aos meus antepassados e aos meus pais pela vida, pelo apoio e confiança incessantes.

Agradeço aos meus irmãos pelo aconchego de compartilhar as origens e as emoções da vida.

Sou feliz pelo companheirismo e lealdade dos meus amigos que acreditam e lutam comigo pelos meus sonhos, voos tão caros a mim.

Agradeço aos usuários do SUS por serem minha fonte de inspiração e a força que sustenta os meus passos.

Aos colegas do trabalho, minha gratidão pela parceria e compreensão.

Obrigada aos funcionários, colegas e professores do IMSHC pelo suporte e por despertarem em mim novos portais de reflexão e conhecimento.

Sou grata ao universo pela parceria do meu orientador em tempos de produção fértil e em momentos de terreno árido, saudações democráticas à sua existência tão preciosa.

Agradeço muito à banca pela disponibilidade em colaborar para a construção crítica e para a utilidade pública deste estudo.

Por fim, agradeço a Deus e a todos os seres de luz que habitam a terra por ter vida e saúde para contribuir com a Saúde Pública brasileira, inclusive, em tempos pandêmicos e de crises diversas.

Emano a energia de gratidão e esperança, sigamos juntos e juntas na luta por um SUS universal, justo e solidário!

## RESUMO

CARLETTO, A.F. *O sentido político da Atenção Básica: descompassos da Portaria nº 2.436 de 2017 ameaçam o coração do SUS*. 2021. 95 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

O estudo buscou compreender as mudanças impostas com a Portaria nº 2.436 de 2017 quando comparada a versão da Portaria nº 2.488 de 2011, a partir da construção histórica do sentido político da Atenção Primária à Saúde (APS). A hipótese é que as transformações impostas com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituída em 2017 afetam o eixo democrático do SUS e fazem parte de um cenário articulado que favorece a desconstrução das políticas sociais. Ao realizar a análise da trajetória histórica de 1960 até 2018, duas principais vertentes da Atenção Básica (AB) - ampliada e restrita - foram influenciadas pelas questões políticas em diferentes épocas. A PNAB de 2017 foi instituída em um cenário de austeridade fiscal e foi palco para outras mudanças, enfraquecendo a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação popular do SUS. A análise da Portaria nº 2.436 de 2017 mostra a indução para alteração do modelo de atenção e expõe avanços teóricos para a AB ao mesmo tempo em que retira as condições necessárias à sua realização. Apesar de defender a manutenção da centralidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a PNAB de 2017 extrai o protagonismo deste modelo por meio da desarticulação territorial e da forte indução para a implantação das equipes de AB. A Portaria nº 2.436 de 2017 não se conforma enquanto ‘reforma’ ou ‘revisão’ da publicação de 2011, se constitui enquanto mudança estrutural para a AB brasileira e para o SUS, afetando diretamente o direito à saúde e a democracia brasileira.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Atenção Básica. Política de saúde.

## ABSTRACT

CARLETTO, A.F. The political meaning of Primary Care: mismatches with Ordinance No. 2,436 of 2017 threaten the heart of the SUS. 2021. 95 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

This study sought to understand the changes imposed by Ordinance No. 2,436 of 2017 when compared to the version of Ordinance No. 2,488 of 2011, based on the historical construction of the political meaning of Primary Health Care (APS). The hypothesis is that the transformations imposed with the National Primary Care Policy (PNAB) instituted in 2017 affect the democratic axis of the SUS and are part of an articulated scenario that favors the deconstruction of social policies. When analyzing the historical trajectory from 1960 to 2018, two main strands of Primary Care (AB) - extended and restricted - were influenced by political issues at different times. The 2017 PNAB was instituted in a scenario of fiscal austerity and was the stage for other changes, weakening the universality, integrality, equity and popular participation of the SUS. The analysis of Ordinance No. 2436 of 2017 shows the induction to change the care model and exposes theoretical advances for AB while removing the necessary conditions for its realization. Despite defending the maintenance of the centrality of the Family Health Strategy (ESF), 2017 PNAB extracts the prominence of this model through territorial disarticulation and strong induction for the implementation of the AB teams. Ordinance No. 2436 of 2017 does not conform as a 'reform' or 'revision' of the 2011 publication, it constitutes a structural change for the Brazilian AB and for the SUS, directly affecting the right to health and Brazilian democracy.

Keywords: Primary Health Care. Primary Care. Health policy.

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1 - Resumo das principais mudanças ocorridas na PNAB de 2017 em comparação com a versão de 2011.....                        | 77 |
| Quadro 2 - Resumo de propostas do Grupo de Trabalho nº 01 do VI Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica, realizado em 2015..... | 94 |
| Quadro 3 - Resumo do documento “Sínteses de Discussões” do VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica, realizado em 2016.....  | 95 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|           |  |
|-----------|--|
| AB        | Atenção Básica   |
| ACS       | Agentes Comunitários de Saúde  |
| ADAPS     | Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária a Saúde               |
| APS       | Atenção Primária à Saúde   |
| CASAPS    | Carteira de Serviços da Atenção Primária a Saúde                         |
| CIB       | Comissão Intergestora Bipartite  |
| CIT       | Comissão Intergestora Tripartite   |
| CNS       | Conferência Nacional de Saúde  |
| CONASP    | Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária             |
| ESF       | Estratégia de Saúde da Família   |
| MS        | Ministério da Saúde  |
| NASF      | Núcleo de Apoio à Saúde da Família                                       |
| OMS       | Organização Mundial de Saúde   |
| OPAS      | Organização Pan-Americana da Saúde                                       |
| PAB       | Piso de Atenção Básica   |
| PACS      | Programa de Agente Comunitário de Saúde                                  |
| PIASS     | Programa de Interiorização das Ações de Saúde E Saneamento               |
| PMAQ      | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| PNAB      | Política Nacional de Atenção Básica                                      |
| PREVSAÚDE | Programa Nacional de Serviços Básicos De Saúde                           |
| PSF       | Programa de Saúde da Família   |
| SESP      | Serviço Especial de Saúde Pública  |
| SUS       | Sistema Único de Saúde   |
| UBS       | Unidades Básicas de Saúde  |
| UNICEF    | Fundo das Nações Unidas para a Infância                                  |

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>AS INSPIRAÇÕES E OS VALORES DO DIÁLOGO</b> .....   | 11 |
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 13 |
| <b>OS OBJETIVOS DO ESTUDO</b> .....   | 22 |
| <b>CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....   | 23 |
| <b>1 A CONCEPÇÃO POLÍTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b> .....                                 | 25 |
| 1.1 <b>A contextualização histórica do sentido político da APS</b> .....                        | 30 |
| 1.1.1 <u>Os anos 60 e 70: a resistência sanitária no regime autoritário dos militares</u> ..... | 32 |
| 1.1.2 <u>O arcabouço internacional da Atenção Primária à Saúde</u> .....                        | 36 |
| 1.1.3 <u>A década da conquista democrática da saúde</u> .....                                   | 38 |
| 1.1.4 <u>A construção da Atenção Primária à Saúde no contexto neoliberal dos anos 90</u> ..     | 41 |
| 1.1.5 <u>As inovações na APS dos anos 2000: um novo capítulo da vertente ampliada?</u> ..       | 48 |
| 1.2.6 <u>A desconstrução democrática da Atenção Primária à Saúde</u> .....                      | 52 |
| <b>2 A ANÁLISE POLÍTICA DA PNAB DE 2017</b> .....   | 55 |
| 2.1 <b>O olhar para a PNAB: versões de 2006, 2011 e 2017</b> .....                              | 56 |
| 2.2 <b>A construção conceitual: os fundamentos e valores da Atenção Básica</b> .....            | 57 |
| 2.3 <b>A Gestão da Atenção Básica: uma análise do modelo assistencial</b> .....                 | 60 |
| 2.3.1 <u>As responsabilidades dos entes federados</u> .....                                     | 61 |
| 2.3.2 <u>O funcionamento e infraestrutura das UBS</u> .....                                     | 62 |
| 2.3.3 <u>O credenciamento e o financiamento da AB</u> .....                                     | 62 |
| 2.3.4 <u>O caminho para a privatização: os padrões essenciais e ampliados</u> .....             | 64 |
| 2.3.5 <u>As equipes complementares e para as ‘populações específicas’</u> .....                 | 65 |
| 2.3.6 <u>O retrocesso do modelo de atenção: da ESF para as equipes de AB</u> .....              | 67 |
| 2.4 <b>As mudanças no processo de trabalho da Atenção Básica</b> .....                          | 71 |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | 79 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 85 |

|                         |    |
|-------------------------|----|
| <b>APENDICE A</b> ..... | 94 |
| <b>APENDICE B</b> ..... | 95 |

## AS INSPIRAÇÕES E OS VALORES DO DIÁLOGO

Em 2008, ao cursar a disciplina de Saúde Bucal Coletiva I do curso de odontologia tive acesso a conhecimentos teórico-práticos sobre o SUS que me sensibilizaram a compreender a concepção política da assistência à saúde e a militar em defesa da universalidade, integralidade e equidade do Sistema por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Desta forma, o horizonte foi ampliado do trabalho inicialmente idealizado dentro de um consultório privado, em uma lógica de mercado, para a abordagem familiar e coletiva em uma perspectiva democrática da saúde como direito social garantido pelo Estado a todas e todos.

O trabalho em equipe multiprofissional, o acompanhamento das pessoas e suas famílias ao longo do tempo, a escuta qualificada, o protagonismo do sujeito e o cuidado integral e coordenado pela APS são as dimensões políticas democráticas que conquistaram o meu caminho de luta dentro do SUS e que me instigaram a vivenciar a Atenção Básica (AB) nos moldes da ESF de forma pulsante e encantadora.

As pós-graduações sob o formato de residência multiprofissional em Saúde da Família (2013-2014) e em Gestão da Atenção Básica (2015) da ENSP-Fiocruz do Rio de Janeiro (RJ), proporcionaram vivências singulares (de trabalho e estudo) enquanto equipe integrada com a rede e com as necessidades do território. Desde então, foi possível conhecer a gestão da AB nos três níveis de governo. Com estes processos de aprendizagem, novos portais se abriram, foi possível ter ciência da importância dos movimentos sociais por meio da participação de eventos coletivos em defesa do SUS.

Com a vivência na gestão federal (2015), participei de encontros sobre a revisão da PNAB de 2011, instituída pela Portaria nº 2.488 de 21 de outubro, juntamente com dezesseis Coordenações Estaduais de Saúde da Família/AB e trabalhadores da Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB) do Departamento de Atenção Básica (DAB). Estes atores muito contribuíram para a elaboração da proposta de mudança da Política Nacional de Atenção Básica efetuada em 2017.

A reformulação da Política que se colocava em curso, também foi problematizada em espaços coletivos como o VI Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica, a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e a Conferência Nacional de Saúde (CNS), participei destes

eventos enquanto residente militante a favor do SUS, da APS, da democracia e contra o golpe parlamentar à Presidente Dilma.

Instigada com a marcante diversidade e desigualdade social do país e na busca por defender o fortalecimento do direito público em espaços institucionais específicos, direcionei os estudos para as definições, os instrumentos e as estratégias relacionados à dimensão territorial brasileira que orientavam a PNAB de 2011 e sua implementação.

No período de 2016 a 2018 estive gestora de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da zona norte do município do Rio de Janeiro, pude participar de conselhos distritais de saúde e de colegiados gestores com regularidade. Posteriormente, enquanto Dentista de Família (2018-2021) na zona sul do município, foi possível expandir o apoio às manifestações para a continuidade dos serviços APS e contra aos cortes de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

As experiências, vivenciadas mais intensamente a partir de 2013, proporcionaram compreender a importância da participação popular e do controle social na luta por melhorias nas condições de saúde da população. Na contramão da construção democrática, o cenário de crise política, econômica, ideológica e social que afeta o país desde o golpe parlamentar à Presidente Dilma Rousseff (2016) tem impactado nas políticas sociais. O aumento da desigualdade, o crescente autoritarismo e as frequentes ameaças aos direitos já garantidos pela Constituição representam um risco concreto para o Estado democrático de direito e para a cidadania brasileira.

Diante destes contrastes, esta dissertação endossa a luta a favor dos direitos públicos, do caráter universal do SUS e, por fim, da vertente ampliada da APS brasileira, que abriga, em si, todos esses princípios políticos. Frente à necessidade de militância persistente em tempos adversos, sigo fortemente instigada e interessada em estudar a PNAB sob a perspectiva do vínculo com a democracia brasileira que formou a minha consciência profissional e cidadã. Pretendo contribuir com o nível de atenção onde vejo o SUS funcionar sob os meus olhos, com o pulsar das minhas veias, em um cotidiano vivo e real.

Esta dissertação foi construída durante a pandemia da covid-19, sendo assim, é possível que o leitor sinta temperos desta condição nas vibrações do texto como expressão de uma sanitária e trabalhadora da Atenção Básica que sofre com atrocidade de governos inconsequentes e perversos.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) brasileira, teve base para se desenvolver com a Constituição de 1988 e com a sua regulamentação em 1990, por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080, de 19 de setembro de 1990. Foi inspirada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e é considerada uma conquista da Reforma Sanitária (MATTA; MOROSINE, 2009). Castro e Machado (2012) defendem que a AB foi priorizada na agenda política com o marco da Norma Operacional Básica (NOB) 96, quando se tornou a estratégia prioritária no formato do Programa de Saúde da Família (PSF).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi publicada pela primeira vez em 28 de março de 2006, por meio da Portaria nº 648, durante os primeiros anos do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003–2006). Este documento apostou na reorientação do modelo de atenção e do sistema de saúde por meio da AB, prioritariamente através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em substituição às práticas até então desenvolvidas (BRASIL, 2006). Além disto, instituiu as responsabilidades da ESF, dentre elas estão a atuação contextualizada com a realidade vivenciada no território; a realização do cadastramento domiciliar e do diagnóstico situacional; o acompanhamento das pessoas e suas famílias ao longo do tempo; e o comprometimento em proporcionar um espaço democrático para a construção da cidadania (BRASIL, 2006).

A PNAB de 2006 defendeu a conexão dos serviços básicos com o território por meio do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para 100% (cem por cento) da população cadastrada, com a média recomendada de 3.000 (três mil) habitantes sob responsabilidade de uma equipe e com o máximo de 750 (setecentos e cinquenta) pessoas por ACS. As equipes passaram a ter a responsabilidade de conhecer a área adscrita, para assim, planejar e construir o trabalho de acordo com as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2006).

O propósito de reorientar e expandir a AB e organizar o sistema de saúde por meio da ESF, estabelecido em 2006, previu o trabalho em equipe multiprofissional; a compreensão multideterminada da saúde; a visão territorial, longitudinal e integral do cuidado; e a participação social, diretrizes essenciais para a concepção democrática da AB.

A segunda versão da PNAB foi instituída por meio da Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, durante o governo da Presidenta Dilma Rousseff. Em essência, esta revisão expandiu a orientação firmada em 2006. A ESF foi mantida como formato prioritário para a

expansão e consolidação da AB, ganhando ainda mais estrutura com o estímulo à criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), do Programa Saúde na Escola (PSE), da Academia da Saúde, do Programa de Requalificação das UBS (para melhoria da infraestrutura), dos Consultórios na Rua (CnR), e das equipes de saúde da família ribeirinhas e fluviais (eSFR e eSFF).

A partir desse desenho, a reafirmação da ESF como modelo prioritário para expandir os serviços básicos e reorganizar o sistema de saúde consagrava o reconhecimento da diversidade e das peculiaridades territoriais brasileiras. Com vistas a ampliar e qualificar o acesso, houve a criação de novas modalidades de equipes com o incentivo financeiro do governo federal, além da reafirmação do trabalho territorial dos ACS para toda a população.

Nesta direção, Fontenelle (2012), em sua análise crítica sobre a PNAB de 2011, defendeu que existiram algumas inovações frente à primeira versão em 2006. Dentre as inovações, estão: o reconhecimento de equivalência entre os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS); a inclusão das cargas horárias diferenciadas para os médicos, visando facilitar a alocação destes profissionais em áreas historicamente desassistidas; a inserção das equipes transitórias para estimular a alteração do modelo assistencial tradicional para a ESF; a ampliação de escopo de atuação da APS com o Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF) e das equipes de saúde da família ribeirinhas e fluviais (eSFR e eSFF); e, por fim, a regulamentação das equipes de Consultórios de Rua e do Programa Saúde na Escola (PSE). Além disso, foram incluídas as nomenclaturas de “especialista de família” para os médicos, enfermeiros e dentistas, o que pode significar um esforço para a maior visibilidade da formação e do trabalho deste ramo na Saúde Coletiva, na AB e no SUS (FONTENELLE, 2012).

Apesar da manutenção do limite de 4.000 (quatro mil) pessoas para cada equipe de Saúde da Família (eSF) e da média recomendada que era de 3.000 (três mil), a Portaria de 2011 acrescentou o critério da equidade e recomendou considerar o grau de vulnerabilidade para a definição da proporção de pessoas por equipe, o que pode significar um progresso a favor da universalidade do acesso e da diminuição da desigualdade (BRASIL, 2011).

Se a primeira PNAB, de 2006, trouxe um conceito de APS alinhado com a vertente ampliada de saúde (FAUSTO et al., 2018), pode-se dizer que a versão de 2011 expandiu o escopo de atuação da AB e o acesso à assistência no país, quando reafirmou a ESF como modelo protagonista, criou novas modalidades de equipes e incluiu novos programas.

Mesmo ao considerar que o processo de construção das políticas públicas é complexo, realizado em arenas de disputa e por meio de pactuação entre atores de diversas vertentes

ideológicas, é possível afirmar que a PNAB publicada em 2011 seguiu progredindo no sentido mais favorável à universalização do acesso, da longitudinalidade, integralidade, da coordenação do cuidado e organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A PNAB de 2011 superou grandes desafios da caminhada a favor do sentido ampliado da Atenção Básica, em defesa do SUS democrático.

De acordo com os escritos de Almeida e colaboradores (2018), em 2015 quando iniciou o processo de revisão da PNAB de 2011 (que culminaria na Portaria nº 2.436, de 2017), havia a pretensão técnica de continuar priorizando a ESF e ampliando o acesso e da resolubilidade, entretanto, aconteceram alterações políticas emblemáticas na condução do governo federal nas etapas seguintes que abriram espaço para forças que ofuscaram crescentemente princípios e valores caros ao SUS.

Ao considerar o contexto democrático brasileiro, é coerente estudar o sentido político da Atenção Básica para depois analisar as Políticas de 2011 e 2017. Conforme apontam Almeida e colaboradores (2018), as turbulências que marcaram os momentos iniciais do segundo mandato de governo da Presidenta Dilma Roussef, em 2015, influenciaram o novo processo de revisão da política de Atenção Básica. Na ocasião, este tema foi discutido em eventos como o VI Fórum Nacional de Gestão da Atenção e a 15ª Conferência Nacional de Saúde. Além destes momentos, existiram reuniões organizadas pela Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB) do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS) com representantes estaduais da AB. Já no início de 2016, a revisão ganhou protagonismo no VII Fórum Nacional de Gestão da AB.

O VI Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica que discutiu os desafios e perspectivas da AB foi realizado em outubro de 2015 pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/ Ministério da Saúde). Este evento, que pode ser considerado como o marco inicial oficial do processo de revisão da Política de AB, apresentou como objetivo: “debater e avaliar as diretrizes, rumos, estratégias e ações perante a Atenção Básica no Brasil” (BRASIL, 2015a, p.01).

Representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho de Secretarias Municipais da Saúde (COSEMS); representantes do MS; as Coordenações de Atenção Básica dos estados e das capitais; representantes das universidades; e os residentes em Gestão da Atenção Básica da Fiocruz participaram do VI Fórum. Por sua vez, em 2015, nos grupos de trabalho do VI Fórum, houve discussão com participação de gestores dos três entes governamentais acerca do aprimoramento da PNAB – tematizando aspectos como o

prontuário eletrônico chamado “e-SUS AB”, o Requalifica UBS<sup>1</sup>, o Programa “Mais Médicos”<sup>2</sup> e da Integração da Atenção Básica e Vigilância (BRASIL, 2015a).

Nesse processo, vale destacar que o grupo de trabalho responsável por problematizar a reestruturação da PNAB contou com a maior quantidade de participantes. Esta constatação demonstra o interesse coletivo em problematizar a revisão da Política. As propostas do grupo englobaram temáticas de grande relevância, como: a necessidade de construção compartilhada de revisão da Política; a definição de um modelo nacional de AB e da Carteira de Serviços; a alteração da composição das equipes e da jornada de trabalho dos profissionais; o aumento da governabilidade do gestor local; e a mudança do trabalho dos ACS (BRASIL, 2015a) (ver Quadro 2, apêndice A).

A 15ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em dezembro de 2015, também discutiu a importância de reformular a Política de AB (ALMEIDA et al., 2018). Nesse espaço, as propostas aprovadas defendiam a concepção da APS como porta de entrada e ordenadora do sistema e a ampliação das equipes da ESF e do NASF, e centralizavam a revisão da Política na necessidade de mudança da composição das equipes de saúde da família, da carga horária dos profissionais e dos critérios de distribuição por equipe (BRASIL, 2015b).

Em outubro de 2016 houve protagonismo da temática “revisão da PNAB de 2011” no VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica. O documento que trouxe a síntese das discussões desse Fórum organizou as propostas em três eixos: 1) a gestão da Atenção Básica; 2) a formação e Educação Permanente; e 3) a AB como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. As temáticas trabalhadas no VII Fórum, voltaram-se, em linhas gerais, para a construção da Carteira de Serviços da AB; a flexibilização da composição das equipes e ampliação do horário de funcionamento das UBS; a integração da atenção básica com a vigilância; a expansão do financiamento e articulação ensino-serviço; a valorização da Educação Permanente em Saúde (EPS); e a expansão de ferramentas para avaliação e monitoramento em saúde (BRASIL, 2016a. (Ver Quadro 3, apêndice B)

É possível perceber que existe uma convergência entre as propostas de revisão da PNAB discutidas nos eventos, com ênfase para os Fóruns VI e VII que foram palco de discussão e encaminharam uma série de mudanças estruturais para a AB brasileira.

---

<sup>1</sup> O Requalifica UBS foi criado em 2011 pelo MS, é uma estratégia para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica por meio da melhoria da estrutura física das UBS.

<sup>2</sup> O programa Mais Médicos foi lançado em 2013 pelo Governo Dilma, se propôs a investir no provimento emergencial de médicos na reestruturação da formação médica e na melhoria da infraestrutura.

Morosini, Fonseca e Lima (2018), citam que o documento de revisão da PNAB de 2011 – que se tornou a nova Política nº 2.436, publicada em 21 de setembro de 2017 – passou, a certa altura, a ser elaborado nos bastidores da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), que é uma instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS<sup>3</sup>. Frente a essa requalificação política do percurso, Almeida e colaboradores (2018) avaliam que a alteração no arranjo das equipes de saúde da família e o financiamento para outras modalidades ganharam centralidade, tendo em vista o protagonismo assumido pelo CONASS e CONASEMS.

As abordagens do CONASS e do CONASEMS tiveram maior influência para a revisão da PNAB de 2011 do que os argumentos de técnicos do MS, que defendiam a efetiva continuidade da ESF como modelo prioritário e a importância do processo de revisão ser participativo (ALMEIDA et al., 2018). O fato objetivo é que o CONASS e o CONASEMS foram a favor do reconhecimento de outros modelos de AB que não fossem a ESF, possibilitando, por exemplo, a alteração de perfil de trabalho do NASF e dos ACS (CONASS e CONASEMS, 2017).

Em face do processo marcado pelo crescente cerceamento do diálogo entre os três entes federados, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) solicitou a ampliação e qualificação do debate com a Recomendação nº 035 de 05 de outubro 2017 (BRASIL, 2017a). Em 11 de dezembro do mesmo ano, por meio da Recomendação nº 61, o CNS marcou mais uma posição contundente contra os termos políticos pelos quais estavam sendo conduzidas à revisão da PNAB. Nessa Recomendação, ficou definida a “propositura de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) contra a Portaria nº 2.436” de 2017 (BRASIL, 2017b), tendo em vista que a produção dessa normativa se fez em desacordo com os termos constitucionalmente previstos para a pactuação do SUS, violando o debate democrático (BRASIL, 2017c).

A atuação do CNS demonstra o quanto a revisão da PNAB de 2011 ocorreu de forma arbitrária. Como resultado, a reação conquistou a abertura de consulta pública durante quinze dias, cerca de oito mil contribuições foram recebidas pelo MS (ALMEIDA et al., 2018). Vale mencionar que grande parte do processo da revisão da PNAB de 2011 aconteceu durante a gestão do ministro da saúde Ricardo Barros (12/05/2016 a 01/04/2018), no governo do Michel Temer.

---

<sup>3</sup> A CIT tem composição paritária formada por 15 membros, cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco membros indicados pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e os outros cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

Em consonância com os argumentos do CNS, várias instituições da saúde coletiva e conselhos profissionais, dentre eles a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fiocruz, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o Conselho Federal de Odontologia (CFO), e o Cebes (Centro Brasileiro de Estudo de Saúde), se manifestaram contra a PNAB de 2017. Em conjunto, faziam a leitura de que a nova Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 representava uma ameaça para a AB, para o SUS e para a democracia brasileira por ferir diretamente os princípios constitucionais da universalidade, da equidade, da integralidade e da participação social.

Uma das notas publicadas em julho de 2017 de forma compartilhada pelo Cebes, a Abrasco e a ENSP, apontava que o texto de revisão da PNAB dava seguimento às ameaças que o regime fiscal definido na Emenda Constitucional (EC) nº 95 representava para o SUS. O documento destacava que a ‘nova PNAB’ visava revogar a prioridade do modelo assistencial da ESF, ignorava o sucesso cientificamente comprovado da Política de 2011 e induzia a um SUS mínimo e para pobres, fortalecendo a vinculação ao setor privado e a vertente restrita da APS (REIS, 2017). As linhas vitais do retrocesso denunciado, se concentravam na (i) defesa da implantação de equipes tradicionais, que não se compromete com o trabalho multiprofissional, territorializado e integrado da saúde; (ii) na retirada da centralidade da ESF como coordenadora do cuidado, porta de entrada e reorganizadora da AB/APS; (iii) na desconstrução do trabalho dos ACS, atores importantes para o enfrentamento dos determinantes sociais e para a mobilização social; e (iv) na possibilidade de implantação de serviços reducionistas ao lado de um padrões mais avançados (REIS, 2017).

Conforme relatado por Ney (2014), o modelo de atenção da ESF, para além de expandir o acesso aos serviços à população, repercutiu na criação de novas políticas de saúde, como a disponibilidade de medicamentos, o incentivo para a implantação das equipes de saúde bucal, o fomento a formação e qualificação em serviço e as políticas de avaliação e monitoramento da qualidade da AB. De acordo com Fausto e colaboradores (2018), a ESF possuía a virtude de ser impulsionada por diretriz nacional como modelo assistencial na APS, alavancando estímulos ao trabalho em equipe multiprofissional com ACS, enfermeiros e médicos.

Ao considerar os escritos supracitados de Ney (2014) e Fausto et al. (2018), não existem argumentos técnicos, políticos, financeiros, de gestão e assistenciais que comprovem ou justifiquem a necessidade sanitária de retornar para o modelo tradicional de AB sem ACS,

desarticulado com as necessidades territoriais e realizadas por meio do trabalho segmentado e fragmentado da assistência meramente ambulatorial dentro do espaço físico da UBS.

O entendimento deste estudo é que a PNAB consagrada em 2017 segue um roteiro político diferente do caminho antes percorrido pela primeira e segunda publicação da PNAB (2006 e 2011), mesmo ao reconhecer que as vertentes desfavoráveis à universalização e a construção democrática da saúde não são recentes e exclusivas deste período.

Com o comprometimento do ambiente democrático - decisivamente alterado a partir do golpe de 2016 - antigos valores políticos, contrários ou resistentes àqueles defendidos na APS ampliada assumem protagonismo histórico. Como este estudo reconstitui, a atual versão da PNAB é compreendida pelas principais instituições da saúde coletiva do Brasil como um retrocesso ao sentido público e universal da AB no SUS. Em diálogo com essa reação, este estudo avalia que as modificações impostas a AB em 2017, não apenas comprometeram o modelo assistencial da ESF reconhecidamente qualificado como colocaram o direito à saúde em risco.

O cenário de crise política de 2016, radicalizado com o golpe jurídico-parlamentar que afastou a Presidenta Dilma Rousseff, abriu vários poros ao projeto de desconstrução dos direitos sociais e da democracia brasileira, como a aprovação da Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos (EC 95) em 2016 - que congela por 20 exercícios financeiros as despesas sociais, as reformas trabalhistas firmadas pelas leis nº 13.467/2017 e nº 13.874/2019 e a Reforma da Previdência, pela Emenda Constitucional nº 103 de 2019 (REDE APS, 2019).

Como reforço a essas mudanças, em 2019, o Decreto nº 9.759 procurou extinguir os espaços colegiados (comitês, conselhos e grupos) de construção de políticas públicas no Brasil, que, mesmo não sendo implementado na íntegra, ganhou grande repercussão nacional por significar uma ameaça radical ao direito de participação da comunidade na formulação de políticas sociais e afetar diretamente um dos eixos norteadores da democracia (BRASIL, 2019). É este momento histórico, radicalmente fiscalista e antidemocrático que orienta o tempo deste estudo que avalia o sentido político assumido pela chamada 'nova PNAB', firmada em 2017.

Como parte deste cenário político supracitado, a apresentação do texto preliminar da reformulação da PNAB de 2011 aconteceu no mês de julho de 2017, no encontro da Comissão Intergestora Tripartite (CIT). Em 30 de agosto do mesmo ano houve a aprovação da nova Política por meio da publicação da Portaria nº 2.436, assinada por Ricardo Barros.

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b), que aprovou a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pode ser considerada incoerente porque traz um

conteúdo conceitual condizente com a ‘vertente ampliada da APS’, mas constrói respaldo operacional que se aproxima da construção ‘restrita da APS’. O texto afirma que a ESF é o modelo prioritário, ao mesmo tempo em que possibilita o trabalho da AB sem a presença dos ACS, financia e induz a implantação da AB tradicional como modelo assistencial; e amplia a governabilidade do ente municipal por meio do incentivo e controle federal (MELO et al., 2018).

Ao compreender que a APS ampliada sob o formato da ESF se configura como eixo norteador, coordenador do cuidado e porta de entrada do SUS, é necessário problematizar as afetações da Portaria nº 2.436 de 2017, com a elucidação de que este panorama induz à desqualificação do SUS em proveito potencial ao crescimento intencional do setor privado. Convergente com essa análise, Giovanella, Franco e Almeida (2020) afirmam que as alterações da PNAB de 2017 significam um risco para os princípios do SUS e uma ameaça para a ESF por desvalorizar o trabalho em equipe multiprofissional, a compreensão coletiva e territorial do cuidado e o acompanhamento longitudinal das pessoas e suas famílias.

O sentido das transformações impostas pela PNAB de 2017 seguiu acontecendo de forma articulada nos anos seguintes. Em 2018 houve outro retrocesso marcante para a saúde brasileira: a saída dos cubanos do Programa Mais Médicos (PMM) após o pronunciamento presidencial que acusou Cuba de escravizar os seus profissionais (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020). Em substituição ao Programa Mais Médicos, a Medida Provisória nº 890 de 1º de agosto 2019 instituiu o Programa Médicos pelo Brasil e anunciou a criação de uma Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). A ADAPS objetiva legitimar a terceirização da AB sob os interesses empresariais, investindo no setor privado em detrimento dos interesses da sociedade e do poder do controle social, com fortes consequências para a cobertura universal (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Para Morosini, Fonseca e Baptista (2020), o sentido da reforma da PNAB de 2017 caminha junto com o propósito da Carteira de Serviços da APS, da ADAPS e do novo modelo de financiamento (Previne Brasil, Portaria nº 2.979) criados em 2019. Todas estas estratégias caminham a favor da individualização do cuidado e do SUS focalizado, abrindo uma janela de oportunidade para a adesão aos planos populares de saúde, para a privatização e deslegitimação do que é público, com o argumento de insuficiência e desqualificação.

Como será discutido nesta dissertação, a nova orientação federal fomenta debates na Saúde Coletiva porque vende a proposta de avanço e progresso, mas defende a corrente da APS restrita e da cobertura universal. A PNAB de 2017 dá a opção para os municípios

implantarem serviços essenciais, restringe o trabalho dos ACS e muda radicalmente o modelo de atenção da Estratégia de Saúde da Família (ESF), retornando para o formato tradicional com as equipes de Atenção Básica (eAB).

Com base nesse diagnóstico, o presente estudo traz a hipótese de que a Portaria nº 2.436 de 2017 - que estabeleceu a atual PNAB - faz parte de um amplo projeto de desconstrução do direito à saúde, induz a uma mudança estrutural na AB e altera o eixo democrático do SUS. Para compreender o que está sendo denominado de mudança estrutural da PNAB, foi preciso investigar a Política de 2017 em comparação com a versão de 2011.

Este estudo defende que a APS abrangente, resolutiva, coordenadora do cuidado e considerada como porta de entrada do Sistema depende do trabalho em equipe multiprofissional; da abordagem familiar com escuta qualificada; de ações e serviços conectados com a realidade do território; da construção de vínculo com a população a ser acompanhada ao longo do tempo; e da forte participação comunitária, atribuições que a AB tradicional não se propõe a desempenhar.

Ao compreender as intencionalidades prescritas na PNAB de 2017, este estudo afirma que há sintonia entre o descolamento estrutural dos objetivos da Política com os desafios da democracia brasileira, reforçando o lema clássico da Reforma Sanitária Brasileira entre saúde e democracia. As mudanças impostas dão força para a concepção restrita da APS e se configuram enquanto uma transformação estrutural, indo muito além de uma revisão ou reformulação.

Com a intenção de fundamentar o argumento de que a PNAB 2017 suscita a mudança do modelo de atenção e consiste em uma reformulação estrutural do SUS e, por conseguinte, da própria democracia brasileira, o capítulo 01 fez uma leitura política dos principais momentos de formação da APS brasileira em articulação com os principais marcos internacionais, problematizando a concepção teórica e as vertentes deste nível de atenção. O capítulo 2 realizou uma análise categórica da PNAB de 2017 a partir do sentido político da AB, comparando sua estrutura normativa e política com as diretrizes da PNAB de 2011 na dimensão conceitual, de gestão e do processo de trabalho.

Por fim, este estudo concluiu que a Portaria nº 2.436 de 2017, fruto do processo de revisão da PNAB de 2011, é um retrocesso importante para a AB, está articulada com outras intervenções a favor da desconstrução das políticas sociais e se conforma enquanto mudança de paradigma que altera o eixo democrático do SUS.

## **OS OBJETIVOS DO ESTUDO**

O estudo buscou compreender as mudanças impostas com a Portaria nº 2.436 de 2017 quando comparada com a Portaria nº 2.488 de 2011, a partir da construção histórica do sentido político da Atenção Primária à Saúde (APS). Para tanto, contemplou os seguintes objetivos específicos:

- compreender a concepção política da APS na trajetória histórica de 1960 a 2018, em conexão com as principais interferências internacionais;
- estudar as principais mudanças conceituais, de gestão e do processo de trabalho impostas com a PNAB 2017 (Portaria nº 2.436) quando comparada a versão da Política de 2011 (Portaria nº 2.488), a partir do sentido político da APS.

## CAMINHO METODOLÓGICO

Este estudo é de natureza qualitativa e tem como objeto a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada em 2017 (Portaria nº 2.436 de 21 de setembro). A partir da compreensão política da APS, o referido documento foi comparado com a sua versão anterior (Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011), na busca por compreender as principais mudanças propostas para este nível de atenção.

Conforme definido por Godoy (1995) o estudo qualitativo é uma investigação com interesse amplo, considera o ambiente vivenciado pelo pesquisador, interpreta pensamentos, busca respostas para compreender como um fenômeno se manifesta. O estudo qualitativo não tem hipótese e resultados limitados e quantificáveis porque vai sendo costurada e criando forma à medida que o estudo se desenvolve, para assim, se constituir em uma obra com evidência e dados sólidos.

De acordo com Turato (2005) é interessante desenvolver pesquisas em saúde por meio do método qualitativo porque a experiência do trabalho traz elucidações que são preciosas para a coleta de dados e para a interpretação dos resultados da pesquisa. O estudo qualitativo permite ajustes de hipóteses e de procedimentos, trabalha com os significados dos fenômenos/eventos a partir do entendimento amplo e conectado do tema sob um olhar singular, indo além de conclusões matemáticas para uma construção viva.

Para o desenvolvimento deste estudo, foram adotadas as seguintes etapas metodológicas:

- leitura e revisão bibliográfica não sistemática da literatura, a contemplar artigos, documentos, reportagens e livros sobre a trajetória da Atenção Básica (AB);
- análise da concepção política da APS dentro da trajetória histórica brasileira em conexão com os principais momentos internacionais, a utilizar o período de 1960 a 2018;
- análise comparativa da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 (Portaria nº 2.436) com a versão publicada em 2011 (Portaria nº 2.488 de 2011), a partir do sentido político da APS.

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de buscas em livros, artigos e documentos sobre as políticas de APS do Brasil. Para efetuar a pesquisa na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foram utilizados termos, como: “Atenção Básica”,

“Atenção Primária” e “Política”. As referências bibliográficas que tiveram conexão direta com o tema foram selecionadas e lidas, os estudos relacionados à APS com foco em experiências regionais, estaduais e municipais não foram utilizados.

A análise da concepção política da APS dentro da trajetória histórica brasileira realizada no capítulo 01 se iniciou nos anos 60 porque este é considerado o marco temporal de reconhecimento dos serviços da “APS” no país (FAUSTO, 2005). Houve contextualização com o cenário internacional, já que alguns eventos são referências fundamentais para problematizar os momentos da realidade do Brasil, dentre eles, as Conferências de Alma-Ata e de Astana.

A análise documental comparativa, efetuada no capítulo 02, começou com a leitura integral dos textos das Políticas publicadas em 2011 e 2017. Esta etapa proporcionou a eleição das categorias: 1) conceitos e pilares das Políticas; 2) responsabilidades das esferas de gestão; 3) infraestrutura e funcionamento da UBS; 4) processo de trabalho da AB; 5) atribuições das equipes e das categorias profissionais; 6) financiamento; 7) as especificidades da ESF; 8) e implantação e credenciamento das equipes. Esta etapa foi operacionalizada por meio de planilhas do Programa Microsoft Excel.

Após este momento, as oito categorias de análise foram estudadas e reagrupadas porque as mudanças (entre a PNAB de 2011 e 2011) se resumiam a três principais dimensões: conceitual, de gestão da Atenção Básica e do processo de trabalho das equipes. As três dimensões foram utilizadas para organizar o capítulo 02 que iniciou com uma problematização das publicações da PNAB (2006, 2011 e 2017) e seguiu com a análise conceitual, de gestão e do processo de trabalho da Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, utilizando a Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 como parâmetro.

A seção de análise da gestão da AB apresenta sete subcategorias: 1) as responsabilidades dos entes federados; 2) o funcionamento e a infraestrutura das UBS; 3) o credenciamento e o financiamento da AB; 4) o caminho para a privatização: os padrões essenciais e ampliados; 5) as equipes complementares e para as ‘populações específicas’; 6) e o retrocesso do modelo de atenção: da ESF para as equipes de AB.

Esta dissertação tem a intenção de disparar o diálogo sobre o significado político da APS, não se propõe a esgotar a discussão. O estudo possui limites decorrentes de imperfeições humanas. A disponibilidade de tempo para a pesquisa foi compartilhada com o cotidiano de trabalho integral na APS carioca e existiram vários atravessamentos em decorrência da pandemia da Covid-19. Não houve submissão à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa porque o estudo contemplou a análise de dados secundários.

## 1 A CONCEPÇÃO POLÍTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A ideia da Atenção Primária à Saúde foi utilizada pela primeira vez no Relatório Dawson de 1920 como forma de organização de um sistema de saúde integrado em rede (FAUSTO; MATTA, 2007), mas o marco histórico mundial de definição da AP é a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde que deu origem ao documento “Declaração Alma-Ata”, aprovado em 1978 (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012).

Giovanella e Mendonça (2009; 2012) afirmam que a APS é considerada internacionalmente como uma base para o novo modelo assistencial dos sistemas de saúde que compreendem o usuário como cidadão, caracterizando o serviço de primeiro contato, mais próximo das pessoas e que resolve os problemas de saúde mais comuns.

Em concordância com os escritos de Fausto (2005), este trabalho parte do pressuposto de que a APS não tem precisão terminológica, é multideterminada, precisa ser problematizada no contexto político e socioeconômico, no tempo e lugar, e tem suas raízes na prática generalista com o movimento da medicina integral e preventiva. A APS pode ser compreendida como um conjunto de atividades, uma estratégia de organização dos sistemas de saúde (principalmente nos países onde há o acesso universal) e como uma filosofia para promoção da equidade e igualdade, mas, sobretudo deve satisfazer as necessidades de saúde das pessoas. Desta forma, a APS tem uma concepção que é formada em disputa com outras abordagens de saúde que também se desenvolvem ao longo do tempo, podendo ser compreendida como parte das ideias e projetos políticos que disputam os rumos do estado e da sociedade.

A Atenção denominada de “Primária” dá abertura para diversas interpretações, indo desde a compreensão enquanto primeiro serviço que recebe as pessoas e eixo central integrado dentro do sistema de saúde, como pode também significar um serviço básico que fornece uma estrutura mínima, desconectada da complexidade relacional e multifatorial do cuidado em saúde (FAUSTO, 2005). Este panorama define pelo menos duas principais correntes interpretativas sobre o sentido de saúde e da sua forma pública dentro da sociedade. Oscila entre uma visão vertebrada e integrada da APS no sistema para um entendimento de serviços mínimos e basilares.

Existem diferentes formas de pensar e inserir a APS nos sistemas de saúde, a depender do modelo de proteção social do país (GIOVANELLA 2008, 2018). Há a vertente que

trabalha para a garantia do acesso universal com equidade para todas as pessoas e existe a defesa da expansão da cobertura universal com seguros privados, públicos ou subsidiados com um combo de serviços, sem compromisso com o combate das desigualdades em saúde (GIOVANELLA,2018). Nesta perspectiva, nota-se que a forma e a extensão que a APS assume dentro do sistema de saúde define o direito do cidadão de acessar a saúde ou a exclusão social com serviços focalizados e mínimos.

De acordo com Giovanella (2008), em países onde há investimento importante em políticas de inclusão social, a saúde é garantida pelo acesso universal e a APS é eixo estruturante e a porta de entrada do sistema. No caso das nações onde há proteção social residual e com o seguro social, muito comum na América Latina, a APS tende a ser pouco desenvolvida e não ocupa um espaço organizador do sistema.

Com relação à definição conceitual da APS defendida na Declaração de Alma-Ata, o Relatório sobre Cuidados Primários de Saúde publicado em 1979 sistematizou o entendimento como:

(...) parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (UNICEF, 1979).

Giovanella e Mendonça (2009; 2012) afirmam que a concepção de APS do Relatório de Alma-Ata é considerada abrangente porque entende a saúde como integrante ao desenvolvimento social e econômico e como eixo organizador e porta de entrada do sistema de saúde. A APS é considerada o primeiro contato com o sistema devendo estar o mais próximo possível das pessoas por meio de um trabalho integrado com toda rede de assistência à saúde.

A APS denominada de “abrangente, compreensiva e integral” referenciada na Conferência de Alma-Ata (MENDONÇA et al., 2018, p. 31) tem uma construção teórica convergente com os valores universalistas da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e é fruto do amadurecimento das lutas políticas em saúde que ajudaram a moldar a redemocratização do estado brasileiro (MENDONÇA et al., 2018). É importante mencionar que existiam contradições que tensionavam as escolhas políticas durante a RSB. A APS universal e integral não se constituiu desde os anos 80, reformatando os modelos e abrindo espaço para fortalecer o âmbito local. O fortalecimento da AB brasileira aconteceu com mais ênfase nos anos 90

porque, para além do interesse sanitário universal e do efeito das lutas dos anos anteriores, também existiam interesses de atores políticos na expansão do mercado de serviços.

Com vistas a seguir compreendendo a construção política da APS, Giovanella e Mendonça (2012) identificaram quatro vertentes de estudos desta expressão:

- a APS seletiva, em inglês *selective primary care*, também conhecida como APS restrita, é entendida como um programa limitado que oferta serviços focalizados e seletivos acessíveis a grupos extremamente pobres, sem garantia de continuidade do cuidado em outros níveis de atenção;
- a segunda vertente, em inglês *primary care* contempla um dos níveis de atenção do sistema com serviços médicos ambulatoriais de primeiro contato não especializado, com grande amplitude de ações e serviços comprometidos em resolver a maioria dos problemas de saúde, é mais comum em países europeus;
- a APS abrangente ou ampliada, em inglês *comprehensive primary health*, tem a concepção integral e multideterminada da saúde e a compreende como parte do desenvolvimento econômico e social. É uma estratégia para organizar os sistemas de saúde e reorientar a APS. Inclui as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação dentro da perspectiva do cuidado integral, inclui a participação social, faz uso de tecnologias apropriadas e recursos eficientes. Caminha em conformidade com os princípios da APS defendidos na Conferência de Alma-Ata (GIOVANELLA, 2008; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009, 2012);
- e a APS como filosofia democrática, abriga o entendimento da saúde a partir do seu vínculo com a construção política da cidadania. Nesta vertente, a APS é assumida como uma questão socialmente determinada, a saúde se torna um princípio de direito público, cuja busca por equidade ganhou forma histórica avançada com a Declaração de Alma-Ata. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Andrade, Barreto e Bezerra (2012 apud Hanna Vuori (1985) também entendem a APS em quatro enfoques: a APS seletiva, a Atenção Primária, a APS ampliada e o enfoque de saúde e direitos humanos. A AP, em inglês *primary care*, é descrita pelos autores como um escopo que pode ir da porta de entrada do sistema com atenção contínua, até a compreensão mais restrita, com o trabalho da medicina geral ou familiar; a APS restrita tem a sua ênfase na prestação de serviços de saúde mínimos para a população pobre; e a APS ampliada é considerada como uma estratégia para organização do sistema e da sociedade em prol da promoção da saúde. Mais uma vez, a referência paradigmática se torna a Conferência de

Alma Ata, que apontou o enfoque da saúde como direito humano, comprometimento com o olhar amplo para os determinantes sociais e políticos.

Para Fausto e Matta (2007) as diferentes compreensões sobre a APS se resumem em duas linhas: uma que defende a APS seletiva, limitada ao cuidado restrito a grupos populacionais mais vulneráveis que não tem acesso aos seguros privados de saúde; e a outra corrente que entende a APS como catalisadora do desenvolvimento social, integrada a outros setores, com uma concepção ampla e abrangente de saúde relacionada com a qualidade de vida da população.

Estas duas linhas de pensamento dizem sobre distintas concepções políticas da saúde, uma que trabalha o setor enquanto direito parcial, porque deve ser complementado com as ofertas do mercado, e a outra que compreende a saúde como direito social, universal e público. Interessa-nos destacar que tais concepções de saúde e de APS não apenas expressam concepções políticas distintas de desenho e natureza do estado, como dependem diretamente das condições e contextos sócio-históricos para se desenvolver.

Mendonça e colaboradores (2018) definem que a APS restrita foi implementada em muitos países em desenvolvimento, caracterizando um acesso e resolutividade restritas de serviços, ofertados a públicos muito vulneráveis, envolvendo, essencialmente, a assistência materno-infantil e o combate às doenças infecciosas. Considerando os sujeitos políticos que historicamente a estimularam, a APS seletiva teve apoio do Banco Mundial nos anos 90 e, desde então, caminha com mais força junto com uma proposta de Estado caracterizado pela intervenção governamental mínima e por meio de ações focalizadas e seletivas (MENDONÇA et al., 2018).

Giovanella e Mendonça (2012) citam que esta vertente defendida pela Unicef recebeu críticas por compreender a saúde numa perspectiva limitada e por utilizar critérios prioritariamente técnicos de custo-efetividade para ofertar ações seletivas, sem a responsabilidade sanitária em melhorar as condições socioeconômicas da sociedade. Sob essa lógica, a APS seletiva é reconhecida pela oferta focalizada de serviços, voltada para grupos específicos e sem a pretensão de proporcionar acesso à saúde a toda sociedade. Nestes termos, apenas o estrato social mais vulnerável está respaldado com um combo de serviços extremamente elementares, já que não pode consumir a saúde disponível no mercado.

Sob o olhar de Bárbara Starfield (2002), a Atenção Primária à Saúde é a base que integra o trabalho de todos os níveis de atenção, é porta de entrada do sistema de saúde e deve trabalhar com as necessidades e problemas da comunidade, extrapolando os limites da concepção de APS seletiva com a busca pela equidade. Starfield (2002) considera como

atributos essenciais da APS, a atenção ao primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção. Além disso, como atributos derivados, propõe a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural. A autora diz ainda que o potencial da APS depende do reconhecimento dos problemas por parte dos profissionais e do uso do serviço por parte dos usuários. Considerados esses pontos, é possível afirmar que o olhar de Bárbara Starfield também caminha na direção da vertente ampliada da APS.

O conceito “Atenção Básica à saúde” foi utilizado pelo Movimento Sanitário Brasileiro como fuga ao reducionismo da APS seletiva e focalizada, definindo a busca pela concepção ampliada de cidadania. Apesar disto, Giovanella (2018) faz a ressalva de que o termo AB também lembra o restrito pacote de serviços básicos de saúde pelo programa PrevSaúde, idealizado na década de 80.

Em termos conceituais, a concepção de APS utilizada na Declaração de Alma-Ata tem conexão com os pilares do SUS e com descrição da “atenção primária à saúde integral”, termo utilizado pela medicina latino-americana. Apesar de haver consonância do reconhecimento da APS e a importância de fortalecê-la, estudos apontam uma tensão quanto a definição conceitual dos termos APS e AB – apontando, não raro, inconsistências em seus usos (GIOVANELLA, 2018).

Mello, Fontanella e Demarzo (2009) apontaram que o termo “Atenção Primária em Saúde” (APS), que corresponde a uma tendência dos estudos internacionais, ao passo que “Atenção Básica” (AB), tornou-se a expressão oficializada pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro na PNAB de 2006, em que pese o fato de ter concluído que ‘APS’, a ‘AB’ e o termo ‘Atenção Primária (AP)’ podem ser usadas como sinônimos. Em que pese a relevância que esse debate pode assumir, o foco do presente estudo não é definir o conteúdo das concepções ‘restrita’ e ‘ampliada’, mas sim compreender os seus desdobramentos para os projetos políticos do Estado e da sociedade.

No Brasil, a centralidade da APS dentro do Sistema de Saúde e a disputa em torno dessas concepções é uma tensão que se alterna ao longo do tempo, em conexão com a conjuntura política e social do país. Como proposto neste estudo, a disputa vem impondo mudanças significativas no modelo de atenção à saúde, entre o formato convencional de equipes de Atenção Básica (eAB) e o investimento na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (FAUSTO, 2005).

Dito de outro modo, a instabilidade da centralidade APS no Sistema de saúde brasileiro relatada por Fausto (2005), se conecta com os rumos do Estado, com as lutas

políticas por cidadania e com o desenho institucional da APS, oscilando mesmo entre a confecção de um Estado democrático de direito e uma orientação mercantil e autoritária; uma disputa entre investir em arranjos que favoreçam uma saúde universal ou a dominância de diretrizes voltadas à focalização; entre políticas de ampliação da cidadania política ou de exclusão social (COHN, 2005). Com relação a este estudo, importa destacar que o debate político pode ser apreendido como a tensão duradoura entre as vertentes ampliada e restrita da APS. A consciência do sentido político que se coloca em torno dessa construção conceitual, abre dois caminhos bastante diferenciados para se pensar a concepção política e democrática das lutas da APS no Brasil, e, por conseguinte, localizar uma análise do modelo político e de saúde forjado na ‘nova PNAB’, em 2017.

Compreende-se que a vertente da APS ampliada se fundamenta na concepção mais rigorosa de democracia porque defende este nível de atenção enquanto eixo estruturante dos sistemas públicos de saúde; considera a saúde como direito social entrelaçado ao projeto de desenvolvimento da sociedade; inclui a participação social; e defende o cuidado integral com diversidade de serviços a todas as pessoas, sem restrições a estratos sociais.

Com este pressuposto, o estudo segue para a segunda parte do capítulo 01 na qual houve esforço de problematização das principais recordações da trajetória da APS brasileira em conexão com eventos internacionais de grande relevância. Esta etapa busca ampliar o olhar para o sentido político da APS, para, depois, seguir com a análise das principais mudanças instauradas entre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 e a atual versão, publicada em 2017.

## 1.2 A contextualização histórica do sentido político da APS

O Relatório Dawson escrito na Inglaterra em 1920 fez críticas ao ideal biomédico, superespecialista e hospitalocêntrico proposto no Relatório Flexner de 1910. Construiu bases para a formulação do Sistema de Saúde inglês por meio da organização regional dos serviços de saúde e com a defesa da integralidade do cuidado, entrelaçando as ações curativas e preventivas (FAUSTO; MATTA, 2007).

Naquele momento, o Informe Dawson trouxe algumas inovações para o panorama da Saúde Pública quando propôs: o acesso universal em saúde; a regionalização dos serviços organizados em rede e em níveis de atenção; a porta de entrada e coordenação dos casos pelos serviços primários em saúde; a integração de ações preventivas e curativas dentro de uma

ótica comunitária com serviços em Centros Primários de Saúde e no território; a atuação das equipes básicas multiprofissionais articuladas com os serviços especializados; e o foco na promoção da saúde, prevenção de agravos e na qualidade de vida das pessoas (OPS, 1962).

De acordo com Fausto e Matta (2007), o Relatório defendeu que os serviços de saúde deveriam ser ofertados dentro dos sistemas de saúde em diferentes níveis de atenção com: 1) os centros de saúde primários compostos por profissionais generalistas capazes de resolver a maior parte dos problemas de saúde e de realizar atividades domiciliares; 2) centros de atenção secundária com especialistas para acolher os encaminhamentos do primeiro nível; e 3) hospitais-escola para situações de maior complexidade tecnológica com estrutura para cirurgias e/ou internações.

Sob o olhar de Rodrigues e Santos (2011), o modelo defendido pelo Dawson serviu de base para a construção de sistemas de acesso universal e também tem sido referência para empresas de planos e seguros de saúde. Segundo Giovanella e Mendonça (2009) os ideais do Relatório Dawson sofreram, a época, forte contraponto da comunidade médica corporativista e privatista. Apesar disto, os fundamentos deste documento foram problematizados e influenciaram a criação dos centros de saúde ingleses da década de 1960, que começaram a trabalhar por meio do ambulatório com profissionais autônomos generalistas.

O Sistema de Saúde da Inglaterra serviu de inspiração para vários países do mundo e está articulado com o desenvolvimento da Medicina Comunitária, de tal maneira, que, no cenário das décadas de 60 e 70 muitos países já haviam estabelecido programas relacionados com a APS na busca por ampliar o acesso aos serviços de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

A partir das considerações expostas sobre o Relatório Dawson, é possível notar que a construção de sistemas de saúde universais, organizados em rede, integrados e com a porta de entrada ofertada pelos cuidados básicos, sofre resistência e disputa com a lógica de mercado em uma longa trajetória histórica, suscitando a importância da permanente militância sanitária a favor desse bem comum.

O Brasil é um exemplo de nação que desenvolveu ações com traços de Atenção Primária antes da década de 60, com os Centros de Saúde e os Serviços de Profilaxia Rural da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) - os dois últimos criados por meio de convênio com a Fundação Rockefeller, dos Estados Unidos da América.<sup>4</sup> Os Centros de

---

<sup>4</sup> Antes dos anos 60, a Fundação SESP se mostrava como modelo diferenciado porque combinava as ações de prevenção, curativas e de assistência médico-sanitária em uma rede regionalizada. Além disso, têm relevância na história da APS porque é visto como o primeiro serviço de atenção básica a ser realizado no domicílio; o

Saúde eram contemplados com setores gerenciais e de higiene, e os ambulatórios eram separados por programas de saúde (tuberculose, hanseníase) e por linhas de cuidado (CAMPOS, 2006). Baptista (2007) afirma que a SESP foi fortemente relacionada com a medicina preventiva norte-americana, trabalhou com profissionais não especializados e recebeu críticas porque era desarticulada com os demais serviços e não fazia forte conexão com a realidade local.

De acordo com os escritos de Fausto e Matta (2007), desde os anos 60 a APS tem sido discutida e, apesar dos enormes desafios, foi adotada por alguns países como forma de mudança do modelo de atenção à saúde. A transformação destas nações aconteceu de uma lógica centralizada no tratamento clínico individual, intervencionista, curativo, praticado nos hospitais e centros de saúde, para um modelo que incentiva ações de prevenção e promoção dentro do território.

Desta forma, nota-se que a Atenção Primária foi despertada enquanto estratégia de reorganização dos sistemas de saúde desde 1960 e chegou instituída em alguns países com o intuito de rever o uso indiscriminado de tecnologias médicas na busca por maior eficiência, mas sofreu resistências que a posicionaram predominantemente enquanto APS restrita com ações focalizadas e verticais na maior parte dos países do mundo, inclusive no Brasil.

#### 1.1.1 Os anos 60 e 70: a resistência sanitária no regime autoritário dos militares

A década de 60 no Brasil foi marcada por grandes insatisfações com relação à organização estrutural do sistema de saúde, as ações de saúde pública do MS se mostravam desarticuladas e insuficientes para atender as necessidades de saúde da população. Concomitantemente a essas críticas, houve estímulo para a oferta mercantilizada da medicina (FAUSTO, 2005).

Desde o golpe Civil-Militar de 1964, que implantou a ditadura que duraria 21 anos no país, o direcionamento para a centralização financeira, o esforço dos militares para a privatização da saúde (HOCHMAN; FONSECA, 1999) e o aumento da dualidade entre as atividades curativas e individuais da previdência com as práticas de prevenção do MS, marcaram o sistema de saúde. A centralização normativa e financeira abriu caminhos para

---

primeiro modelo de ações de atenção primária; e tornou-se capaz de influenciar a cultura sanitária brasileira (FAUSTO, 2005).

ações fragmentadas e com foco na assistência médica-assistencial, incentivando o crescimento do setor privado. A assistência médica do público excluído da previdência tinha apenas os hospitais filantrópicos como opção de cuidado curativo (FAUSTO, 2005).

Nesta fase, o modelo da previdência era o principal formato de assistência médica disponível para as pessoas, acessível para algumas categorias de trabalhadores formais mediante contribuição. De acordo com Moreira e Santos (2020), esse cenário foi compreendido, por fundamentação de Wanderley Guilherme dos Santos, a partir do conceito de cidadania regulada, em que o Estado se valia das diferenças ocupacionais para incluir e excluir as pessoas dos direitos mínimos ofertados, aumentando a segregação social e a desigualdade no acesso às políticas sociais.

Em paralelo à previdência, estavam as ações de saúde pública coordenadas pelo Ministério da Saúde que tinham traços da APS, mas ainda não eram assim reconhecidas, conforme definido por Fausto (2005). Ao utilizar a terminologia trabalhada na primeira seção desse capítulo, este estudo considera que as ações de saúde pública desenvolvidas neste período podem ser compreendidas como compatíveis aos valores da APS residual, restrita e segmentada.

Apesar da crescente discussão sobre a criação de um sistema de saúde com acesso universal e sobre a APS ampliada, as intervenções do governo militar incentivaram a privatização da saúde e o desenvolvimento de programas focalizados e direcionados à públicos específicos, não adaptados à realidade da população, desintegrados entre si e sem o comprometimento com as singularidades do território e com a continuidade do cuidado, propósitos contrários aos valores democráticos e universais que viriam a ser os fundamentos políticos da Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

Instigados com esta realidade e na busca por mudanças do modelo assistencial, os Departamentos de Medicina Preventiva das escolas médicas brasileiras trabalharam com apoio financeiro de agências internacionais e de forma articulada com os entes federados (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009). Dentre as instituições estavam as Universidades de São Paulo, o Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (BAPTISTA, 2007).

O panorama de crise do modelo previdenciário da saúde abriu uma janela de oportunidade para outro projeto. A compreensão integral, preventiva e comunitária da medicina e o fortalecimento do ideal de saúde socialmente determinada levaram à inclusão da participação comunitária e de uma nova interpretação sobre as doenças e seus projetos de

cura. Algumas experiências de atendimento em áreas vulneráveis realizadas por meio da extensão acadêmica ganharam visibilidade de tal forma a propiciar a maior articulação da previdência com as escolas médicas e o aumento dos recursos financeiros para os hospitais universitários (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Nos anos 1970, a extensão dos ideais do planejamento, do pensamento desenvolvimentista e da medicina comunitária na defesa de um sistema integrado, regionalizado e hierarquizado alcançou avanços transitórios para a década seguinte, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), que caminhou a favor do fortalecimento do Movimento Sanitário Brasileiro (FAUSTO, 2005).

De acordo com Baptista (2007), o Piass foi a primeira proposta de universalização do acesso em saúde realizada por meio da expansão dos serviços básicos em municípios de pequeno porte da região nordeste. Giovanella e Mendonça (2009), explicam que o Piass foi construído por meio da articulação do Ministério da Saúde e da Previdência, juntamente com os municípios e o ente federal. Apesar de reconhecerem o esforço de levar os serviços de saúde para áreas historicamente desassistidas, Matta e Morosine (2009) destacam que o Piass não proporcionava o cuidado integral, abrangente e resolutivo, ou seja, não se configurava como uma proposta de APS ampliada.

Por meio de estudos e pesquisas, os Departamentos de Medicina Preventiva mostravam a realidade do cenário brasileiro e destacavam a compreensão da saúde como direito que deveria ser garantido para todos os cidadãos em um sistema integrado, com gestão descentralizada e participação social. Tal contexto está em conexão com várias iniciativas de movimentos sociais organizados contra o regime militar e a favor da democratização da saúde (BAPTISTA, 2007). Entre as iniciativas marcantes, é possível destacar o I Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária (I ENEMEC), de 1979, estruturado a partir do fortalecimento de movimentos populares expressivos da região metropolitana de São Paulo e da Baixada Fluminense. Em 1981, surgiu o Movimento Popular de Saúde (MOPS) que, posteriormente, teve grande influência para a constitucionalização do controle social no SUS (MOPS, 2014).

Giovanella e Mendonça (2009), afirmam que foi por meio das experiências acadêmicas e do trabalho realizado pelo Piass que a Atenção Primária à Saúde entrou na agenda política brasileira na década de 70. Baptista (2007) acredita que a busca incessante pela assistência universal de saúde dos anos 70 conquistou a formulação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 1975 e a instituição do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Esse cenário foi antecedido pelo II Plano Nacional de Desenvolvimento

(PND), que teria firmado o compromisso teórico de integração das políticas sociais com as econômicas, e ampliado o debate da saúde deslocando a dominância da compreensão biomédica para o entendimento social da saúde.

Para Merhy (1977), a crise social era decorrente de conflitos entre o setor econômico e político e apesar de haver o SNS, o interesse popular estava em segundo plano porque o protagonismo era do capital, com empresas médicas e de equipamentos médico-hospitalares. A organização das classes populares no interior da sociedade civil era defendida porque determinaria o novo modelo de sociedade dependente de investimento em políticas sociais, a ponto de conquistar a democracia e formar representações de grupos sociais organizados junto ao Estado e à sociedade civil. Almejava-se conquistar a liberdade democrática e investir em um sistema de manifestações coerentes com as necessidades da sociedade brasileira.

Este estudo sugere que, conforme o regime militar perdia poder de persuasão política e controle repressivo, a crise do regime tornava-se também a crise de uma concepção de saúde restrita. Desta forma, abria-se caminho não apenas para a redemocratização como também para a disputa de um novo sistema de saúde e de uma APS ampliada, comprometidos com o bem-estar social, com a integralidade, com a equidade e com o controle social. Dentre os avanços limitados que marcaram o final dos anos 1970 ao momento da transição à democracia nos anos 1980, é possível destacar os seguintes pontos:

- no conceito de saúde, houve a incipiente inserção da dimensão social e democrática do sistema de saúde, sugerindo a necessidade de reestruturação sinalizada desde o II PND e pelos Departamentos de Medicina Preventiva;
- na lógica previdenciária, mesmo em crescente crise e corrupção, houve ampliação dos serviços e abrangência do acesso para trabalhadores informais e categorias historicamente excluídas, além do entrelaçamento de estratégias previdenciárias com as atividades de Medicina Preventiva;
- no modelo assistencial da saúde pública, houve crescente movimento a favor da universalização do acesso por meio da expansão das ações básicas de saúde;
- na construção da APS, com a criação do Pias, houve a entrada de uma concepção ampliada de APS na agenda política brasileira, convergente com as diretrizes da universalidade e integralidade da saúde problematizadas na Conferência de Alma-Ata.

Fausto (2005) afirma que houve uma nova concepção para a APS brasileira nos debates dos anos 70. Giovanella e Mendonça (2012), relatam que as experiências incipientes em saúde comunitária experimentadas em diversos municípios brasileiros nos anos 1980,

tinham relação com o desenvolvimento das reflexões sobre reorganização dos serviços básicos difundidos na Reforma Sanitária.

A atuação persistente das Instituições de ensino, integrada à militância dos movimentos sociais a favor de propósitos solidários e universais, foi extremamente relevante neste contexto, configurando experiências concretas na busca pela ampliação do acesso à saúde. Estas transformações operadas no âmbito da saúde pública se inseriam no plano político mais geral das lutas políticas, em que o governo militar iniciava um processo de enfraquecimento, que, iniciado com as eleições legislativas de 1974, passou pela expansão política do Movimento Democrático Brasileiro (MDB), pela revogação do AI- nº 5, em 1978 e pela Lei da Anistia, em 1979, culminando com a campanha das Diretas Já, em 1985.

### 1.1.2 O arcabouço internacional da Atenção Primária à Saúde

A conjuntura da AP brasileira dos anos 70 tem conexão com alguns marcos internacionais bastante significativos. Em 1974 houve a publicação do Informe Lalonde que, segundo Buss (2000), trouxe a compreensão dos determinantes sociais classificando a saúde em quatro componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência. O Informe pode ser interpretado como um momento importante da exposição da dicotomia entre a assistência curativa e a promoção e prevenção, já fortemente criticada no Brasil. Vale citar que a luta da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), em seus momentos iniciais, já denunciava exatamente as discrepâncias entre a assistência previdenciária e as ações coletivas e preventivas do Ministério da Saúde como forma de fundamentar a defesa de um sistema de saúde universal, integral e unificado para todas as pessoas.

A 30ª Assembleia Mundial de Saúde (1977), realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), instituiu como meta mundial atingir um nível de saúde que permitisse à toda população levar uma vida social e economicamente produtiva, conhecida internacionalmente como “Saúde Para Todos no Ano 2000”. Como seguimento a esta tendência de dilatação da concepção da saúde, em 1978 aconteceu a I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde em Alma-Ata no Cazaquistão (PELLEGRINI, 2011).

A Conferência Alma-Ata organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) se tornou um grande marco histórico porque foi a partir deste evento que a Atenção Primária foi concretamente definida e considerada como a estratégia para ampliação de acesso aos sistemas de saúde (FAUSTO;

MATTA, 2007) e, assim, ganhou expressão internacional (FAUSTO, 2005). A partir de então, APS passou a ocupar um espaço significativo nos debates da saúde pública, se tornando um elemento central para pensar as reformas dentro dos sistemas de proteção social e de saúde (SILVEIRA; MACHADO; MATTA, 2015). Investir recursos na APS, na promoção da saúde e prevenção de agravos passou a ser um caminho para diminuir custos dos sistemas de saúde.

A Conferência de Alma-Ata expôs a necessidade de promover a saúde e destacou os cuidados primários como essenciais. O conceito de saúde extrapolou os limites biológicos e ganhou um olhar global junto aos demais setores e ganhou expressão de direito humano fundamental. A desigualdade no estado de saúde dos diferentes países foi considerada inaceitável; e a saúde pública se constituiu em uma preocupação comum a todos os países do mundo. Houve destaque para a importância do trabalho adaptado com as necessidades da população (UNICEF, 1979).

Em contraponto ao contexto vivido pelos brasileiros desde 1964 e a ênfase previdenciária corporativa da ditadura vigente, a Declaração de Alma-Ata trouxe o entendimento de que a APS deveria trabalhar com tecnologias apropriadas, socialmente aceitas, com bom custo-benefício e comprovação científica; defendeu a participação comunitária e a democratização das informações de saúde junto às pessoas e suas famílias, (GIOVANELLA; MENDONÇA 2009, 2012) ao custo que cada sociedade pudesse arcar.

A discussão sobre a saúde foi ampliada para a concepção democrática, compreendida dentro da cidadania como um direito humano. Houve o reconhecimento de que a APS era socialmente determinada, precisava ser legalmente respaldada e necessitava de financiamento, para assim, ser desenvolvida e impactar na diminuição das desigualdades e iniquidades em saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009). A Conferência de Alma-Ata defendeu que a APS deveria se articular com os outros setores por fazer parte do desenvolvimento nacional e comunitário e por ter relação direta com a habitação, alimentação, educação, com a agricultura e pecuária, entre outros (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009, 2012).

Apesar dos imensuráveis avanços alcançados com a Conferência e mesmo com o estímulo para desenvolver a APS com ideais semelhantes em todo o mundo, as metas não foram alcançadas porque a Declaração Alma-Ata sofreu resistências e disputou com os interesses do mercado (FAUSTO; MATTA, 2007). Além do que, foi alvo de muitas críticas no cenário internacional com argumento de ser muito abrangente e ter pouca aplicabilidade em um contexto de baixo crescimento econômico e forte emergência do neoliberalismo no cenário europeu (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Os preceitos da Conferência de Alma Ata exigiam a democracia, um sentido forte de cidadania, um Estado comprometido com as necessidades da população, valores solidários, justos e humanos, o controle e a participação da população. Desta forma, compreende-se que a Conferência da Alma-Ata se configurou em um incentivo mundial para a implantação de um modelo de proteção social com sistemas universais coordenados pela APS (ampliada), desde que os estados se tornassem amplamente democratizados. Tal concepção, contrastava fortemente com a realidade brasileira, marcada pela repressão popular, pela centralização do poder, censura à imprensa e por uma restrição de investimentos públicos em políticas sociais. Além favorecer o ideal mercantil e privatizante da saúde.

Um ano após a Conferência de Alma-Ata (1978), em 1979, houve a Conferência de Bellagio que foi realizada na Itália com o financiamento da Fundação Rockefeller. Sob os efeitos deste evento, houve o estímulo para a implantação de serviços mínimos e de baixo custo para o combate a doenças específicas que acometiam os países pobres (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

O contraponto marcado pela Conferência de Bellagio abriu caminho para a mudança radical no incentivo internacional, saindo de uma tendência à concepção universal - de saúde e de APS - para uma concepção residual e restrita. Na época, a corrente da APS seletiva teve apoio da Unicef que passou a ter objetivos reduzidos sobre os cuidados essenciais em saúde, sem considerar os determinantes sociais e o direito universal à saúde. Com o respaldo da Conferência de Bellagio, os países em desenvolvimento implantaram, em geral, o formato seletivo e tecnocrático da APS por incentivo e financiamento de organismos internacionais de tal forma que este modelo predominou nos anos 80, em contrapartida à compreensão democrática e participativa da APS ampliada (GIOVANELLA, 2008). Em que pese esse cenário, os anos 1980 no Brasil foram marcados por experimentos crescentes que se tornaram fundamentais para os avanços da APS nas décadas seguintes.

### 1.1.3 A década da conquista democrática da saúde

Para Lima, Fonseca e Hochman (2005) as lutas pelo direito à saúde deixaram marcas importantes nas décadas de 70 e 80, quando houve mobilização de uma parcela da sociedade para a consolidação da resistência ao autoritarismo e para fortalecer a incessante busca pela democracia e por direitos sociais frente à pobreza e a desigualdade que já desenhavam o país.

De acordo com Giovanella (2008), na década de 80 a América Latina sofreu com políticas de ajuste fiscal, reformas neoliberais, com a redução do Estado, a privatização de serviços sociais e com a proteção social assistencial, focalizada e restrita. Neste mesmo período, o Brasil vivenciou conflitos e contrastes entre a construção de um sistema de acesso universal em todos os níveis de atenção e um propósito da “saúde pública para pobres” com a oferta de serviços mínimos.

Baptista (2007) relata que o contexto brasileiro dos anos 80 foi marcado pela crise política e social do Estado e pela decadência do modelo da previdência, o que colaborava para a crescente manifestação a favor da extensão dos serviços assistenciais públicos pelos aspirantes da Reforma Sanitária. Naquele contexto, mais uma vez se desenhava na trajetória brasileira uma disputa entre duas correntes: 1) a concepção ampliada, social, inclusiva e universal da saúde e da APS, seguindo os trilhos das lutas mais avançadas pela democracia; 2) a vertente seletiva, individualista, mercadológica e privatista da saúde defendida pelo Estado mínimo e centralizado remanescente da tradição autoritária anterior.

Fausto (2005) escreve que a crise estrutural e financeira do modelo previdenciário aconteceu em consonância com a reabertura democrática e com o endossamento das críticas e reivindicações sobre o modelo de saúde vigente a favor de políticas sociais. Este cenário favoreceu a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária-CONASP, que segundo Baptista (2007) surgiu em 1982 como forma de compreender as nuances do colapso do setor saúde. Os resultados expuseram a desintegração dos serviços do Ministério da Saúde com o Ministério da Previdência e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com os entes federados; a incoerência entre as necessidades de saúde e os serviços ofertados; e a organização financeira indutora de fraudes, dentre outros problemas.

Para responder a este diagnóstico situacional do CONASP, algumas estratégias foram formuladas, no qual se destacou o Programa das Ações Integradas de Saúde (Pais), que foi denominado como Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1985. As Ações Integradas necessitavam da integração do MS com as secretarias estaduais e municipais de saúde e com o Inamps; bem como entre serviços contratados e conveniados que deveriam ser organizados em uma rede coesa, regionalizada e hierarquizada (BAPTISTA, 2007). De acordo com Giovanella e Mendonça (2009) foi por meio das Ações Integradas de Saúde que houve a ampliação da cobertura dos serviços de assistência médica com ações preventivas e assistenciais prestadas nas unidades municipais de saúde nos anos 1980. Paralelo às AIS,

existiram programas específicos para as crianças e para a saúde da mulher, entre 1984 e 1987, que inspiraram a organização das demais linhas de cuidado.

Fausto (2005) afirma que a expansão dos serviços via AIS resultou na centralidade da APS dentro da política de saúde e na busca pela integração com os serviços especializados, ou seja, dos serviços previdenciários e de saúde pública. Posteriormente, as Ações Integradas perderam centralidade de reorganização dos serviços quando foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que consistia em um incentivo federal para os estados consolidarem o formato de sistema descentralizado de saúde. Tais programas devem ser lidos como o resultado da forte luta que o movimento sanitário travava na década de 1980 pelo reconhecimento da saúde enquanto direito com respaldo legal, concreto e permanente que, de fato, garantisse a responsabilidade estatal com um sistema de saúde universal e igualitário.

A manifestação sanitária defendia a prestação de serviços articulados e de qualidade nos três níveis de atenção, organizados por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada e a ampliação do acesso por meio das ações básicas de saúde. Além disto, as vozes do movimento sanitário lutavam pela inclusão das demandas e da participação da população dentro do processo de gestão do sistema de saúde. Todas essas diretrizes estiveram fortemente articuladas quando se concretizou a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (FAUSTO, 2005).

Com todos os avanços, mesmo com a reformulação do conceito de saúde e a discussão sobre o caráter de um Sistema de Saúde (BRASIL, 1986), os propósitos da Conferência de Alma-Ata para a expansão do acesso via serviços básicos não tiveram centralidade na VIII Conferência (FAUSTO, 2005). O panorama de crise da saúde previdenciária ante o forte movimento pela redemocratização, somado ao estímulo internacional de investimento na APS ampliada não se solidificou em efeitos práticos positivos para a APS no plano nacional, houve permanência da restrição do número de unidades de saúde locais, comprometendo o direito com a universalização (CAMPOS, 2006).

Em que pese os limites das inovações alcançadas, a transição do regime político foi crucial para a problematização da saúde socialmente determinada e democrática no Brasil. Com a Constituição de 1988, o país se diferenciaria da maior parte das nações latino-americanas e mundiais, uma vez que instituiu uma lógica ampliada de seguridade social em contrapartida ao cenário de políticas públicas focalizadas ou mercantis que favoreciam o crescimento do cenário neoliberal daquele período (MACHADO, 2006). A saúde foi reconhecida como um direito a ser garantido pelo Estado por meio de políticas sociais e

econômicas com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O acesso universal e igualitário ofertado numa rede de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada foi garantido. A partir de então, as ações e serviços foram regulamentados legalmente pelo princípio da integralidade, participação popular e da descentralização. Ficou instituído que o financiamento seria tripartite e que haveria abertura para a participação complementar da iniciativa privada, marcando uma polêmica que repercute em desafios permanentes e crescentes para o Sistema (BRASIL, 1988).

Como momento importante dessa construção de direitos, as disputas entre a concepção universal e focalizada da APS seguiram existindo, mas a cada período se constituíram em diferentes formatos e dimensões. As exigências para a construção e para a expansão de um Estado plenamente democrático -compatível com os valores da Conferência de Alma Ata e da APS ampliada- continuaram em disputa com os interesses mercantis e liberais que ilustram um quadro desfavorável para a construção de pilares da saúde enquanto cidadania efetiva. Dito de outro modo, ao lado de conquistas em torno de um sistema de saúde universal, os serviços de APS permaneciam desintegrados, focalizados, restritos e seletivos, sem comprometimento em dar respostas às necessidades do território por meio do acompanhamento integral das pessoas e suas famílias, com a participação e controle social.

#### 1.1.4 A construção da Atenção Primária à Saúde no contexto neoliberal dos anos 90

Giovanella e Mendonça (2009) acreditam que a década de 90 caminhou na contramão da equidade (princípio do SUS e valor da Reforma Sanitária) porque houve o avanço do modelo neoliberal, a redução do investimento público em saúde e o aumento do mercado privado. No cenário de contradição entre democracia e mercado, houve a indução para a descentralização da gestão com a municipalização das ações e os serviços básicos de saúde.

Levcovitz, Lima e Machado (2001) afirmam que as tendências neoliberais desta época podiam ser vistas sob o formato da privatização de empresas estatais, aumento do trabalho informal, estabilização da moeda e redução da amplitude de atuação do Estado. Este panorama se construiu em sentido totalmente contrário aos valores e princípios da RSB que defendiam a compreensão política, solidária, socialmente determinada e participativa da saúde que deveria ser universalizada para combater as desigualdades sociais que alastravam o país.

Para viabilizar o direito à saúde foi promulgada a Lei 8.080/90 que também é conhecida como Lei Orgânica da Saúde. A lei 8.080/90 regulamentou o SUS; considerou os

fatores determinantes e condicionantes da saúde; estabeleceu os princípios, diretrizes, o financiamento, o orçamento e as funções do Sistema; e diferenciou as responsabilidades dos entes federados (BRASIL, 1990a). Por sua vez, apesar da Constituição de 1988 garantir a participação comunitária no contexto da saúde, este direito só foi regulamentado pela Lei nº 8.142 em 1990, quando instituiu-se a participação da comunidade na gestão SUS não só por meio de Conferências como também através de Conselhos e Colegiados locais (BRASIL, 1990b).

A conquista da instauração da lei 8.142 de 1990 foi possível porque no período de regulamentação do SUS (1988 a 1991), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) lutou contra os vetos do presidente Collor a vários artigos da Lei nº 8.080, especialmente a respeito da participação da população através de conselhos e conferências e a transferência de recursos do ente federal aos estados e municípios e com relação a formação e gestão do trabalho. Os vetos eram incoerentes com os princípios do SUS e, por isto, houve respaldo para a negociação do Conasems junto à sociedade civil e ao poder público que articularam com o Ministério da Saúde a criação da lei 8.142 de 1990 que complementa a Lei 8.080 (DOWBOR,2009).

O estudo de Machado (2006) afirma que no período de 90 até 2002 existiram três principais políticas públicas: a descentralização, o Programa de Saúde da Família (PSF) e a política de combate à AIDS. A descentralização foi entendida como uma estratégia de reforma do Estado brasileiro; o PSF se destacou porque reformulou o modelo de atenção à saúde por meio da AB com indução federal e favoreceu a concretização da descentralização; e o combate à AIDS com o forte comando nacional para controle desta epidemia. A APS foi nomeada pelo governo brasileiro como Atenção Básica (AB) e ganhou destaque com a descentralização, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, principalmente, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) (CASTRO; MACHADO, 2012).

O Programa de Agentes Comunitários (PACS) foi instituído em 1991 pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), inaugurado pelo estado da Paraíba (SOUSA,2010), formulado com o objetivo central de reduzir a mortalidade infantil e materna no norte e nordeste (VIANA; DAL POZ, 1998). O PACS tinha caráter emergencial de suporte para as áreas do interior que eram historicamente desassistidas e conquistou algumas melhorias, dentre elas, a ampliação da vacinação e o controle da cólera e da diarreia. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) era realizado por moradores da área que não precisavam ter formação técnica para o cargo porque as atribuições, naquele momento, dependiam de conhecimentos do

território aliados a conteúdos técnicos compartilhados sob a supervisão dos enfermeiros da Unidade Básica de Saúde (UBS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009, 2012).

As autoras Giovanella e Mendonça (2009) consideram que o PACS, quando criado, se encaixou dentro da concepção seletiva da APS. Os agentes deveriam ser moradores do território, o que é de grande relevância para a articulação das ações dentro da realidade da população, mas a atuação restrita sem formação profissional prévia limitava o trabalho ampliado.

Houve mudança do cuidado focado apenas nos “indivíduos” para a compreensão das “famílias” com a introdução da cobertura por família; do trabalho em equipe para além do cuidado médico e do agir preventivamente antes das demandas chegarem (VIANA; DAL POZ, 1998). A implantação do PACS foi um avanço para a APS brasileira porque reconheceu a sabedoria popular e o poder de mediação social e política do morador dentro do serviço de saúde. O Programa ampliou o conceito de saúde ao construir redes de apoio intersetoriais em direção ao exercício da cidadania (MENDONÇA, 2004), considerou os determinantes sociais do processo saúde-doença, e a importância da integração do cuidado curativo com a prevenção e promoção da saúde (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Para Viana e Dal Poz (1998), o trabalho dos Agentes Comunitários e o formato de gestão articulada fizeram o PACS expandir para além de um programa vertical e ser considerado como uma estratégia de implementação e organização do SUS. Desta forma, o PACS passou a exigir cada vez mais formação e infraestrutura, e assim, foi proporcionando uma importante reestruturação do serviço, principalmente após 1994 quando o seu financiamento foi incluído dentro dos procedimentos do SUS. A facilidade de comunicação com as famílias por meio do compartilhamento de informações desencadeou em um cenário propício para a promoção da saúde, e por isto, os ACS foram reconhecidos como relevantes para a saúde pública em 1998 e como profissionais de saúde em 2002 (LAVOR, 2010). Todas estas transformações inéditas convergiam com o ambiente democrático que aos poucos se firmava desde o pós-88.

A busca por maior desempenho e efetividade do PACS no sistema de saúde resultou na criação do Programa de Saúde da Família (PSF) por meio da Portaria Ministerial nº 692 de 1994. O PSF foi inicialmente implantado em municípios de pequeno porte com a intenção de desafogar o sistema de saúde que estava sobrecarregado em outros níveis de atenção, sem o comprometimento com a continuidade do cuidado ao longo do tempo. As autoras Giovanella e Mendonça (2012) definiram que o formato do PSF desenvolvido nesta fase inicial trabalhava na lógica da APS restrita. É importante destacar que, dentro da visão da trajetória

história existiram experiências brasileiras mais localizadas, fragmentadas e limitadas que o PSF. O PSF trouxe avanços significativos com a proposta de articulação com o território e foco nas famílias e suas respectivas demandas.

Em um contexto político crescentemente democrático, descentralizado e participativo, o PSF foi fruto da resistência e luta incessante de um grupo composto por secretários municipais de saúde, gestores dos três entes federados, coordenadores estaduais do PACS, médicos de família e docentes (que se articulavam com o MS por meio de projetos de extensão acadêmica) que defendiam uma lógica de serviços diferenciada. Esta lógica de serviços contemplava o trabalho em equipe com a responsabilidade territorial; centrado nas pessoas, famílias e comunidades; e a partir da criação de vínculo e corresponsabilidade, rompendo em alguma medida com o corporativismo vigente (SOUSA, 2010). O pacto federativo no contexto da redemocratização abria espaço de pactuação intergestora e de negociação que influenciava nos rumos da política de saúde, uma dimensão importante das transformações democráticas que não estava presente nos períodos anteriores (que tinham uma lógica centralizadora e não participativa).

Segundo o estudo de Machado (2006), a inovação do cuidado centrado na família e na comunidade aliado à permanente competência técnica do MS construiu uma solidez ao PSF de tal maneira que o Programa perdurou na agenda por sucessivas gestões ministeriais, enfrentando, por exemplo, a contenção de gastos públicos da década de 90 (que afetou diretamente o financiamento e a gestão de recursos humanos). Machado (2006) define o PSF como “uma estratégia nacional de reformulação do modelo de atenção a partir da atenção básica, de indução federal e implantação descentralizada” (p.45) e que este teve sua origem diretamente relacionada à formulação do PACS.

A substituição do PSF em relação à lógica da AB tradicional, para Sousa e Hamann (2009) foi orientada pela territorialização com a adscrição de clientela que possibilita o diagnóstico da situação de saúde e o planejamento de acordo com a realidade local vivenciada pelas pessoas e famílias. Sousa (2010) afirma que o PSF nasceu numa proposta focalizada dentro de uma conjuntura desfavorável na qual os recursos eram escassos e transferidos por convênios sem respaldo técnico para qualificação dos profissionais, até atingir o aspecto de Política que vem consolidando o SUS. A visão de Viana e Dal Poz (1998) é que o PSF foi expandido das áreas de risco compreendendo uma prática focalizada dentro do universalismo, até que se configurou como reorganizadora e reestruturadora do Sistema.

Como havia uma tendência internacional e da RSB para a mudança da lógica de trabalhar e ofertar saúde, a partir de 1995 o PSF foi desvinculado da tradição de programas

verticais da Fundação Nacional de Saúde (FNS) e passou a fazer parte da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) (VIANA; DAL POZ, 1998).

Com relação à descentralização, protagonizada pelo PSF e o PACS na década de 90, o movimento a favor da municipalização estava fortemente associado com a expansão e a implantação dos serviços de AB em todo o território nacional, já que os municípios eram – e continuam sendo – os principais responsáveis pela gestão e execução deste nível de atenção sob a influência federal e com apoio estadual (CASTRO; MACHADO, 2012). Cruz (2009) lembra que a descentralização com direção única está entre os princípios e diretrizes do SUS estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990 e tem o ideal de oferecer serviços o mais próximo possível da realidade das pessoas. Machado (2006) defende que a descentralização político-administrativa prescrita na constituição foi uma defesa do movimento sanitário atrelada à democratização, mas também estava integrada à agenda neoliberal que reduz o poder e os investimentos estatais.

Levcovitz, Lima e Machado (2001) compreendem a descentralização como uma luta pela democratização e, ao mesmo tempo, como uma forma de reduzir o poder do Estado porque facilita a privatização da saúde pela capilaridade e autonomia. Além disto, os autores destacam que a descentralização depende da alocação coerente de recursos financeiros, da capacidade de gestão dos três entes federados e do entrelaçamento dos princípios da saúde com os valores democráticos. Sendo assim, é possível interpretar a descentralização como um princípio político que faz parte de dois projetos extremamente distintos: um valor democrático de desconcentração do poder e uma abertura para a privatização dos serviços locais, a depender da conjuntura política.

Também nos anos 90 foram estabelecidas as Normas Operacionais Básicas (NOB) como instrumentos para a concretização da descentralização, da normatização e operacionalização das relações intergovernamentais.

Para Levcovitz, Lima e Machado (2001), a NOB 96 que foi implementada em 1998 mudou expressivamente as condições de gestão da saúde porque aumentou a transferência automática e regular e influenciou a mudança do modelo de atenção por meio da ampliação da cobertura com o PSF e o PACS, dentre outros motivos. Por meio da NOB 96 houve mudança no financiamento federal para os municípios, o pagamento passou a ser realizado por produção de serviços médicos hospitalares e efetivado em duas modalidades: *per capita* (com um valor fixo por habitante) e também na modalidade variável com o incentivo a implantação de programas e ações. O Piso de Atenção Básica (PAB) fixo dependia de o município cumprir os requisitos mínimos para receber o valor mensal no formato “fundo a fundo” diretamente do

Ministério da Saúde. O PAB variável consistia no recebimento de valor federal conforme a implantação de programas e ações, dentre eles: o PSF, a Farmácia Básica, o Incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária, o Incentivo às Ações de Controle da Tuberculose, Incentivo Adicional ao PACS, Incentivo à Saúde Bucal, dentre outros (CAMPOS, 2006).

Para Campos (2006), a alteração do formato de financiamento surtiu um efeito importante na expansão e na reorganização da AB brasileira porque passou a ser um orçamento global, sem o foco na produção por procedimentos. Para além do PAB fixo e variável, a NOB 96 estimulou a maior participação popular por meio do controle social no planejamento e execução da AB e criou um recurso específico para os entes subnacionais investirem em vigilância epidemiológica e ambiental. O incentivo financeiro por desempenho foi criado para valorizar os municípios que alcançasse as metas e indicadores que eram pactuados nos Conselhos municipais, depois, na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e, posteriormente, na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) (CAMPOS, 2006).

A Atenção Básica (AB) foi priorizada na agenda política com o marco normativo da NOB SUS 01/96 que fomentou o modelo do PSF. O PSF foi considerado como a estratégia prioritária para o fortalecimento da AB e o primeiro nível de atenção a oferecer serviços com novas tecnologias e diferentes formatos. Além disso, a AB ganhou destaque de tal forma a gerar debates sobre os desafios do SUS, sobre o financiamento e a qualidade dos serviços prestados pelos trabalhadores (CASTRO; MACHADO, 2012).

Em 1996 houve uma maior integração do PSF ao PACS e o aumento da remuneração do PSF com um valor duas vezes maior que as equipes convencionais. Desta forma, o PSF deixou de ser um programa e se tornou um eixo de reestruturação do SUS (VIANA; DAL POZ, 1998), reordenado como a Estratégia Saúde da Família (ESF). Giovanella e Mendonça (2012) acreditam que a modificação do financiamento da AB favoreceu o processo de descentralização e municipalização, modificou o modelo assistencial da APS e influenciou na consolidação do SUS e da democracia brasileira.

De acordo com os escritos de Viana e Dal Poz (1998) o PSF foi “construtor de novas alianças em saúde” (DAL POZ, 1998 p.26) entre gestores, técnicos de organismos internacionais e a comunidade. O PSF representou uma proposta de mudança dos modelos convencionais em realizar cuidado, gestão e formação profissional. Além da organização local dos serviços de saúde, o Programa foi um instrumento de descentralização e de mudança de financiamento, trazendo uma noção inovadora de APS.

É importante destacar que a Atenção Básica ganhou novas dimensões em um contexto democrático, após a Constituição de 1988, que garantiu a saúde pública e universal. Por meio

da indução financeira federal diferenciada, o PSF ganhou protagonismo frente ao modelo tradicional de serviços básicos de saúde, apesar do contexto neoliberal que permitiu realizar aproximações ao modelo privatista. O PSF pode ser compreendido como uma forma de resistência ao panorama desafiador e como um eixo de reestruturação do SUS em um momento crucial de ampliação da concepção da APS brasileira.

O documento “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial” do MS foi utilizado por Giovanella e Mendonça (2012) para defender a Saúde da Família como uma estratégia que extrapolou os limites de um programa vertical e, junto ao movimento de descentralização, ampliou a cobertura e melhorou as condições de vida da população. Os avanços com a Saúde da Família foram tão importantes que proporcionaram a reorientação do modelo assistencial do SUS e a configuração democrática da saúde. Nesta mesma linha de pensamento, Machado (2006) afirma que o PSF ganhou foco e se manteve com uma visibilidade política tão importante que, em 1997, foi considerada a estratégia mais concreta de investimento em formação em saúde no Brasil.

A implementação do PSF agregada ao PACS com o incentivo financeiro via NOB 96 proporcionou a expansão das ações básicas de saúde em todo país. A AB brasileira passou a ter muita identidade com a vertente ampliada da APS defendida na Conferência de Alma-Ata porque o trabalho passou a ser executado no formato de equipe multiprofissional dentro do território, próximo à vida das pessoas e conectado com as necessidades das famílias, que passaram a ser visitadas em seus domicílios e a serem acompanhadas ao longo do tempo. Houve a integração das ações preventivas, curativas e de promoção de saúde para todos os públicos de todas as idades.

A responsabilidade sanitária das equipes multiprofissionais de saúde para fora da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), prestando serviços integrados às necessidades do território, possibilitou a compreensão prática da saúde socialmente determinada, a criação do vínculo, a abordagem familiar e a maior participação comunitária na gestão, construindo parte do arcabouço democrático da saúde na busca pela equidade frente às desigualdades sociais.

Mesmo com todos os inegáveis avanços, até 2002 a Estratégia de Saúde da Família (ESF) convivia com desafios relevantes para a sua sustentável concretização: a dificuldade para a contratação pessoal; o desafio de articular intersetorialmente os investimentos econômicos (via de regra, instáveis); e os limites de gestão dos serviços nos diversos níveis de atenção e na perspectiva regional. Estas complicações conviviam com a situação da APS não ter muita visibilidade junto a movimentos organizados, usuários e gestores públicos

(MACHADO, 2006). A NOB 96, que sofreu reformulações e passou a ser aplicada em 1998, foi elaborada em um horizonte de aprovação das medidas de reforma do Estado onde a gestão serviços passou a ser mediada por Organizações Sociais (OS) junto à imposição Lei de Responsabilidade Fiscal instituída em 2000, desafios importantes para o modelo de APS universal e integral

Além disto, a menor aceitação do PSF e do PACS nos municípios maiores foi uma problemática relevante, dentre outros motivos, porque o modelo tal como desenhado dependia do financiamento tripartite com importante investimento municipal. Esta situação foi mediada em 2003 com a criação do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf) pelo Ministério da Saúde. O Proesf teve a intenção de reorganizar a AB a partir do PSF especificamente nos municípios com mais de 100 (cem) mil habitantes (BODSTEIN et al., 2006).

#### 1.1.5 As inovações na APS dos anos 2000: um novo capítulo da vertente ampliada?

Giovanella e Mendonça (2009) afirmam que no início do século XXI organizações internacionais como a OMS e a OPAS fizeram um movimento de repensar a APS com o objetivo de fortalecer este nível de atenção. O documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”, de 2005, fez um chamamento para os defensores da APS, reafirmando o embate técnico e político para a efetivação deste nível de atenção, conforme valores da Conferência de Alma-Ata (OPAS/OMS, 2005). Apesar disto, de acordo com Silveira, Machado e Matta (2015), a denominação de “APS renovada” utilizada não trouxe verdadeiras inovações, pelo contrário, ampliou as possibilidades de articulação com o setor privado de saúde. Sendo assim, o início do século XXI teve influência internacional para o resgate da APS restrita com a roupagem de “APS renovada”, retomando ao movimento que aconteceu entre os anos 70 e 80, especialmente na Conferência de Bellagio realizada na Itália em 1979, quando alguns organismos internacionais incentivavam a implantação da APS restrita com um pacote bastante limitado de serviços.

Com relação ao cenário brasileiro, Castro e Machado (2012) afirmam que muitas inovações aconteceram na primeira década do século XXI, mantendo a AB com destaque na agenda nacional. Naquele contexto, a expansão da cobertura nos grandes centros aconteceu principalmente por meio do Proesf, da ampliação das equipes do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) e das equipes de saúde bucal. Machado, Baptista e Nogueira (2011) citam que em 2001 ocorreu uma inovação no percurso da política de saúde bucal com a instauração

das equipes conectadas às equipes de saúde da família. Para Castro e Machado (2012), o financiamento teve um olhar diferenciado para o combate das desigualdades regionais na busca pela equidade por meio da inclusão de públicos alvos vulneráveis (culturalmente e socialmente excluídos) e de indicadores de condições sociais para o financiamento municipal.

De acordo com o estudo de Castro e Machado (2012), no período de 2003 a 2005 ainda existiam questionamentos sobre o protagonismo da ESF como reorganizadora da AB. Não obstante, a partir de 2005, com a mudança da gestão ministerial, a possibilidade de pensar outras formas de AB perdeu forças e a lacuna foi preenchida com a centralidade da ESF por meio da PNAB de 2006.

Entre 2003 e 2008, no governo do Presidente Lula da Silva, a ESF foi aprofundada enquanto prioridade na agenda federal quando houve um aumento expressivo de gastos do governo federal para este modelo assistencial. A ESF foi considerada reorientadora do sistema de saúde por cumprir as diretrizes da integralidade, do trabalho em equipe multiprofissional, responsabilidade territorial, criação de vínculo com a população adscrita e coordenação do cuidado. Com a construção de crescentes e sólidos progressos, a ESF foi sendo remodelada de uma agenda de governo para uma política de Estado (MACHADO, BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011). Os mesmos autores afirmaram que ao lado da ESF, o Brasil Sorridente, os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência e o programa Farmácia Popular foram as prioridades da saúde nesse período.

Com relação ao Brasil Sorridente, a entrada desta agenda foi um “marco governamental” (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011, p.524) que aconteceu 17 (dezessete anos) depois do primeiro levantamento odontológico. O Brasil Sorridente foi criado por ter forte articulação com a pauta de combate a fome do governo Lula (para comer é preciso ter dentes), em concordância com o movimento sanitário que buscava o fortalecimento da saúde bucal coletiva e como resposta aos agravantes resultados do levantamento epidemiológico. Tudo isto culminou para a criação e instituição de uma política de saúde bucal abrangente que aumentou o número de equipes em 407 % (quatrocentos e sete por cento) de 2002 a 2008 (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

A APS se tornou uma Política com a Portaria nº 648 publicada em 28 de março de 2006, no contexto do Pacto pela Saúde - um momento histórico de avanço da vertente ampliada no Brasil desde a Conferência de Alma-ata. A instituição da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) consagrou a busca pela ampliação do acesso e qualificação da AB, mesmo ao considerar os desafios da crescente privatização. De acordo com a PNAB de 2006, a APS é desenvolvida por meio de “práticas gerenciais e sanitárias

democráticas e participativas” (BRASIL, 2006, p.10) organizadas pelo trabalho em equipe com responsabilidade sanitária sob o território, se configurando como o contato preferencial no sistema de saúde. A APS é orientada 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” (BRASIL, 2006, p.10).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi desenhada na primeira Política (2006) como a estratégia prioritária para a implantação da AB, recebeu um capítulo com as descrições de suas especificidades em separado das equipes tradicionais e foi considerada como de “caráter substitutivo” ao modelo tradicional de equipes. Além do PACS, a PNAB incluiu as equipes de saúde bucal dentro da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

A ESF foi diferenciada do modelo de AB tradicional por prestar o cuidado ampliado em saúde por meio do trabalho de equipes interdisciplinares, comprometidas em conhecer o território (suas características, potencialidades e desafios); valorizar os saberes comunitários; e estimular a participação comunitária, para assim, construir vínculo e planejar ações integradas e intersetoriais, coerentes com as necessidades de saúde das pessoas ao longo do tempo. Na Política instaurada em 2006, a ESF recebeu a missão de colaborar para a construção da cidadania (BRASIL, 2006)

A Política de 2006 defendeu a APS ampliada porque impôs a responsabilidade de coordenar o cuidado das pessoas no sistema e organizar a rede de atenção; oferecer serviços contínuos, integrados e com articulação intersetorial; resolver a maior parte das necessidades de saúde do território, a considerar a multideterminação social e a promoção da saúde (BRASIL, 2006).

Diferente do que ocorria no cenário brasileiro, no panorama internacional, em 2008, houve a publicação do Relatório Mundial de Saúde. Este documento incentivou a reforma dos sistemas por meio da atenção primária (integral, contínua e que coordena a rede de saúde), mas sugeriu a cobertura universal de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012), ou seja, o Relatório suscitou o investimento na APS sem o comprometimento com a promoção da equidade e com o acesso para todos, interferindo diretamente na compreensão da concepção da saúde e da democracia.

O estímulo a ofertar serviços sem, obrigatoriamente, vincular com a função do sistema de saúde e da AB ser pública, gratuita e universal rompe com o compromisso sanitário, ético e democrático da saúde como propósito cidadão. Percebe-se que, ao longo da trajetória histórica, as tensões entre a concepção universal e focalizada da saúde, e mesmo

entre a vertente ampliada e restrita da APS continuaram existindo e mantendo expressividade significativa, renovadas em função dos interesses políticos e mercantis de cada época.

Em contrapartida às influências externas de minorar a APS, em 21 de outubro de 2011 houve a publicação da segunda versão da PNAB por meio da Portaria nº 2.488. O Ministério da Saúde (MS) reafirmou que a AB deveria expandir e se consolidar por meio da ESF e que também precisava ser resolutiva, organizada e integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS); com alto grau de descentralização e capilaridade; com coerência com as diretrizes do SUS; e a considerar as especificidades loco-regionais brasileiras (BRASIL, 2011).

Na segunda versão da PNAB, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) seguiu proposto de forma integrada à ESF com cobertura de 100% da população (BRASIL, 2006, 2011). O financiamento foi ampliado com a criação do pagamento por desempenho via Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)<sup>5</sup>, com a avaliação da infraestrutura e do processo de trabalho das equipes (CASTRO; MACHADO; LIMA, 2018). Existiram avanços com relação à luta pela diminuição das desigualdades, constando dentre as estratégias: a criação das equipes de Saúde da Família para populações específicas, a flexibilidade de carga horária médica e a adição do critério da vulnerabilidade para pensar a proporção de pessoas por equipe.

A criação do Programa Mais Médicos, em 2013, proporcionou o provimento emergencial de médicos brasileiros e estrangeiros; a discussão sobre a reordenação da oferta de cursos graduação e residência; e o investimento em infraestrutura para as UBS. A experiência revolucionou a AB e a saúde brasileiras, de tal forma, a provocar a diminuição da desigualdade social do país (OPAS, 2018). O PMM é um exemplo de que os investimentos em políticas sociais e econômicas podem se concretizar, ao longo do tempo, em legados importantes para o sistema de saúde, para a formação e conseqüentemente, para a sociedade.

Em síntese, as Políticas de 2006 e de 2011 abordaram a APS dentro da vertente ampliada de saúde porque priorizaram o fortalecimento da AB por meio da ESF, reforçaram o valor do acesso universal e integral e propuseram o comprometimento da AB como porta de entrada do sistema. Desta forma, as duas primeiras versões da PNAB fortaleceram o acompanhamento das pessoas ao longo do tempo; estimularam a coordenação do cuidado e o

---

<sup>5</sup> O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) foi criado em 2011 para incentivar a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos moradores do território brasileiro.

trabalho dentro do território; valorizaram a cultura e os costumes locais, além de estimular a participação comunitária.

#### 1.1.6 A desconstrução democrática da Atenção Primária à Saúde

Apesar do típico subfinanciamento do SUS e da APS, Castro, Machado e Lima (2018) afirmam que houve aumento de mais de 100% (cem por cento) dos recursos na AB entre 2002 e 2016. Este período, marcado pela expansão da concepção política ampliada da APS foi fortemente contrastado a partir de 2016, com a promulgação da Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro que congelou os gastos da União com despesas primárias por 20 anos. Em 2017, houve a aprovação da Portaria nº 3.392 de 12 de dezembro que reduziu os seis blocos de financiamento (Portaria nº 204 de 2007) para os recursos de custeio e de investimento.

Estas mudanças representam uma ameaça aos direitos sociais e são articuladas com o fortalecimento do modelo neoliberal e com a ampliação dos planos privados e de modelos seletivos de APS. Desde 2016 o panorama brasileiro é de desapropriação do poder do Estado em investir no bem estar social, houve o golpe que afastou à Presidente Dilma Rousseff e o projeto seguir com ameaças aos direitos sociais já garantidos, aos valores e aos princípios do SUS e da APS e, por conseguinte, da democracia brasileira (REDE APS,2019).

Em setembro de 2017, a Portaria nº 2.436 do MS instituiu a nova versão da PNAB, motivo de inúmeras críticas e reprovação da comunidade acadêmica, de conselhos profissionais e do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A desaprovação aconteceu porque a nova PNAB autorizou a realização de mudanças estruturais na AB que repercutem diretamente no caráter público, integral e universal do SUS, colocando em risco a cidadania e a democracia brasileiras, rompendo com o compromisso sanitário e ético de bem estar social. Para Melo e colaboradores (2018), a PNAB de 2017 foi construída em um cenário de crise política e econômica (diferente do panorama da versão de 2011) e incidiu negativamente sobre a expansão das políticas sociais com dois principais pontos de inflexão: 1) modificação da atuação ou retirada dos ACS; e 2) flexibilização da composição das equipes e da jornada de trabalho dos médicos. Estas ações colaboram para a desconstrução do modelo assistencial da ESF, em contrapartida do incentivo para as equipes tradicionais.

A mudança de modelo de atenção à saúde da ESF para a AB tradicional faz campanha para a APS restrita, para a cobertura universal e para a construção de um SUS menos democrático e menos participativo e mais articulado com o ideal privatista que defende a

restrição do público em detrimento da expansão dos seguros populares de saúde, sem comprometimento com a universalidade, com a integralidade do cuidado e com a equidade. Esta guinada para a democracia liberal e para a crescente mercantilização da saúde que foi tomando força ao longo dos anos pode ser considerada como um reflexo de incentivos internacionais para a construção da cobertura universal.

A Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde que aconteceu no mês de outubro de 2018 em Astana (capital do Cazaquistão), expôs a intenção de fortalecer e expandir a APS por meio do aumento da cobertura universal de saúde (*universal health coverage* - UHC) e de contribuir com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).

O manuscrito da Conferência de Astana expôs a importância do investimento na APS em várias dimensões (científica, de formação, disponibilidade de medicamentos e tecnologias) e também para a maior participação popular na gestão dos serviços públicos e privados. A Declaração de Astana fez menção direta e repetida à cobertura universal, o que se configura em uma radical indução internacional a este modelo de sistema de saúde que não compromissos com o bem estar social e com o combate das iniquidades (WHO/UNICEF, 2018).

O documento cita a possibilidade do reembolso dos serviços prestados, induz ao desenvolvimento da APS seletiva com descrição de serviços mínimos e não constrói um alicerce para o real comprometimento ao acesso universal, público e gratuito para todas as pessoas do mundo (WHO/UNICEF, 2018). Para Giovanella et al. (2019), a indução da cobertura universal à saúde pela Conferência de Astana é uma contraposição aos princípios da Conferência de Alma-Ata; e ao terceiro objetivo de Desenvolvimento Sustentável, arcabouços condizentes com a indução de sistemas de saúde de acesso universal.

Durante a Conferência de Astana, o discurso foi de integração da saúde ao desenvolvimento, a APS conquistou um espaço importante dentro da Agenda 2030 e houve reforço positivo de alguns representantes sobre o sucesso da ESF brasileira e do SUS. Apesar disto, o evento se configurou enquanto uma forte ameaça ao acesso universal e à APS ampliada porque o documento constrói uma aliança com o cenário de austeridade fiscal, não reconhece o dever do Estado em investir em políticas públicas transversais e intersetoriais e caminha contra a luta pelo acesso universal e gratuito, dando passos atrás nas conquistas da integralidade e da equidade numa APS integral (GIOVANELLA et al., 2019).

Em sintonia com Giovanella et al. (2019), Teixeira Junior et al. (2020) associam as incoerências da nova versão da PNAB 2017 com o Relatório de Astana porque ambos os documentos fazem propaganda de um suposto sistema de saúde/APS que dá acesso a todas as

pessoas e sem quaisquer prejuízos assistenciais como se fossem a favor do Estado de Bem-Estar Social, entretanto, constroem um arcabouço operacional que condiz com a desapropriação da responsabilidade Estatal em investir nas políticas sociais. A PNAB de 2017 e o Relatório de Astana incentivam os sistemas de saúde focalizados e os pacotes mínimos que colocam os sujeitos/usuários sob a sorte do consumo de saúde no mercado privado.

A partir deste resgate dos principais eventos da APS na perspectiva local e internacional, é possível compreender que há influência dos organismos internacionais para o perfil de APS desenvolvido no Brasil, apesar de não significar uma relação direta e instantânea.

Se a restauração da democracia possibilitou a ampliação das discussões e a criação de um sistema público e universal de saúde garantido pelo Estado, o movimento de desdemocratização disparado em 2016 enfraqueceu a concepção social da saúde e a responsabilidade estatal em investir em políticas públicas retornando para a concepção de um sistema de saúde residual e da vertente restrita da APS, dependentes de forte complementação privada.

Em conformidade com Medina e colaboradores (2018), que defende a necessidade de mais estudos que se proponham a fazer uma análise “política” das Políticas de APS por meio de diálogos que se comprometam a afetar concretamente o modelo de atenção, esta dissertação segue com a intenção de analisar a mudança estrutural da atenção básica e do eixo democrático do SUS desde 2017 com a PNAB.

Neste sentido, foi necessário construir uma análise política da APS dentro do panorama de desmonte das condições democráticas da saúde como direito de cidadania no país, por compreender que a ESF, a APS, o SUS e, por conseguinte, a democracia deve ser guiada pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Com base nesta proposição, este estudo persegue com uma análise detalhada das mudanças centrais a que foi submetida a Política Nacional de Atenção Básica do SUS em 2017, cuja orientação consiste em se contrapor ao sentido político ampliado da APS que se colocava em curso desde o pós-88, mas decisivamente entre 2006 e 2011.

## 2. A ANÁLISE POLÍTICA DA PNAB DE 2017

Este capítulo busca problematizar as principais alterações realizadas na PNAB instituída em 2017 (Portaria nº 2.436), em comparação com a versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 (Portaria nº 2.488). Com base no arcabouço desenvolvido no capítulo anterior, este estudo realizou a contextualização dos princípios políticos definidos na edição de 2011 (Portaria nº 2.488) e alterados com as modificações implantadas a partir da aprovação da Portaria nº 2.436 de 2017.

A hipótese da análise é que o sentido político das transformações operadas na PNAB 2017 consiste em delimitar diretrizes normativas, por vezes, avançando em alguns aspectos teóricos, paralelamente ao esvaziamento operacional da AB enquanto porta de entrada articulada ao território e coordenadora do cuidado no SUS.

O argumento desta dissertação é que a PNAB de 2017 investiu em algumas descrições teóricas e realizou um discurso de reafirmação da ESF como modelo prioritário para a consolidação da AB, mas construiu um respaldo operacional/estrutural incoerente com os propósitos apresentados. Neste sentido, a Portaria nº 2.436 de 2017 reorganiza conceitos e descreve algumas diretrizes, e, ao mesmo tempo, desconecta os serviços básicos do território; realiza a indução financeira para a implantação das equipes de AB em um modelo tradicional; e modifica aspectos de gestão e do processo de trabalho a favor do assistencialismo ambulatorial, desintegrando o cuidado e relativizando o acesso universal.

Essas mudanças permitem concluir que a PNAB instituída em 2017 se configura como um retrocesso porque desfavorece a expansão e consolidação da ESF que vinha surtindo efeitos positivos ao longo dos anos e impõe riscos para os princípios/diretrizes da AB, se configurando como uma alteração desfavorável para o eixo democrático do SUS.

Ao considerar os apontamentos supracitados, este capítulo foi organizado em quatro seções. Há uma introdução sobre as versões da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em seguida, a construção conceitual com os fundamentos e valores da AB. Nas duas partes finais, consta a análise sobre a gestão e o processo de trabalho da AB. Este percurso buscou sistematizar a análise comparada das transformações centrais do modelo assistencial que separam as versões de 2011 e 2017 da PNAB.

## 2.1 O olhar para a PNAB: versões de 2006, 2011 e 2017

A Política de 2006 e a publicação de 2011 trabalharam a favor da expansão da ESF e da cobertura de 100% da população com o trabalho dos ACS (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Desde a publicação da PNAB de 2006 (por meio da Portaria Ministerial nº 648/2006) houve avanço significativo na ampliação do acesso dos serviços básicos com a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Entre 2007 e 2017 a cobertura populacional desta política em nível nacional variou de 48% a 64% (ALMEIDA et al., 2018). De acordo com Fausto e colaboradores (2018), a ampliação do acesso é um reflexo dos investimentos públicos que se concentraram no fortalecimento da APS, definindo-a como organizadora e porta de entrada do Sistema.

Em contrapartida, a Política publicada por meio da Portaria nº 2.436 de 2017 incentiva a expansão pelo modelo tradicional de AB, indo em sentido contrário à consolidação da ESF que tem qualidade e resolutividade comprovadamente superiores ao modelo tradicional (GIOVANELLA, 2018). Desta forma, a Política de 2017 pode ser considerada um risco para a APS ampliada, universal, integral e equânime, colaborando para o aumento da desigualdade (FAUSTO et al., 2018).

De acordo com Morosini, Fonseca e Lima (2018), a PNAB publicada em 2017 trouxe mudanças que influenciam diretamente na universalidade quando recomendou a cobertura total da população pelos ACS apenas em áreas específicas. Com relação à integralidade, houve a imposição dos serviços essenciais e ampliados, o que supõe a possibilidade de implantar uma APS restrita e mínima.

Morosini, Fonseca e Lima (2018) enfatizam que o cenário de descompromisso com o acesso universal, a tendência para a segmentação do cuidado, a desvinculação territorial e descaracterização do trabalho dos ACS se configuram em ameaças graves que tendem a provocar um importante aumento da desigualdade do acesso à saúde. Para as autoras, as alterações impostas à PNAB estão diretamente integradas à qualidade da cidadania:

“Os princípios do SUS, democraticamente constituídos e legalmente estabelecidos, deveriam ser tomados como valores éticos, que precedem e orientam a reconfiguração das políticas de saúde. Portanto, não devem e não podem ser transgredidos ou sequer flexibilizados, seja em função da tão aludida crise econômica vigente, muito menos em atenção às necessidades do mercado (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p.22).”

Melo et al. (2018) discorrem que o conceito de AB passou a incluir os cuidados paliativos, houve ênfase para a vigilância em saúde e proibição de exclusão das pessoas (por raça, cor, gênero e etc). Além disto, dois termos foram subtraídos: a palavra “democrática”, que foi utilizada na Política de 2011 para tratar as práticas assistenciais e de gestão, e a “humanização”, que era um princípio da APS comprometido com o protagonismo das pessoas no cuidado em saúde e com a efetiva participação popular na gestão. A retirada destes termos pode significar a intencional ocultação de valores constitutivos do SUS e da APS: o direito à saúde e a participação popular (MELO et al., 2018).

Frente a esta problematização, esta pesquisa traz as seguintes reflexões: quais são as principais mudanças normativas estabelecidas pela Portaria nº 2.436 de 2017? Em que se diferenciam do modelo de 2011 e, como estas alterações podem interferir no atual contexto da AB brasileira? Ou ainda, em que medida as novas perspectivas da PNAB caminham em sentido contrário a luta pelo direito público a saúde, favorecendo uma APS tradicional e restrita, fora dos marcos universais de acesso igualitário dos cidadãos brasileiros ao SUS?

Procurando aprofundar esses questionamentos, as próximas seções realizam a análise das alterações impostas ao quadro conceitual e à organização da gestão e do processo de trabalho da AB.

## 2.2 A construção conceitual: os fundamentos e valores da Atenção Básica

Esta seção se ocupa de realizar reflexões sobre as principais mudanças que ocorreram no escopo teórico da PNAB de 2017, utilizando a Portaria nº 2.488 de 2011 como referência comparativa. A análise incluiu a definição da AB; o escopo de princípios, diretrizes e responsabilidades; e a descrição de alguns conceitos.

A **definição da AB** passou a contemplar os cuidados paliativos e a vigilância em saúde, não mencionados na PNAB instituída em 2011, o que sugere a intenção de integração conceitual. Com relação aos **princípios e diretrizes**, algumas defesas teóricas foram compartilhadas entre as versões da PNAB de 2011 e 2017: a adscrição do território e da territorialização; a longitudinalidade do cuidado; a participação da comunidade; e a resolutividade. A manutenção desses princípios e diretrizes pode induzir ao entendimento de que ambas as versões da PNAB construíram valores comuns e caminharam rumo a um mesmo propósito. Entretanto, como veremos, não há uma correspondência coerente entre a

enunciação formal dos princípios e diretrizes da nova PNAB firmada em 2017, e as condições operacionais que deveriam estruturar a sua realização.

Sobre os princípios e diretrizes que foram adicionados na PNAB de 2017, estão o a “regionalização e hierarquização” e o “cuidado centrado na pessoa”. O acréscimo da regionalização simboliza o reconhecimento teórico da importância da organização dos serviços de forma regional para a funcionalidade da AB e de toda Rede de Atenção à Saúde (RAS). Apontar para a necessidade do arranjo regional dentro da PNAB (2017), sinaliza a preocupação com uma dimensão importante para alcançar a universalização do acesso e da integralidade para a maioria dos municípios brasileiros. Apesar disto, é preciso ter em conta que a mera citação da regionalização e da hierarquização enquanto norma não garante que a relação intergovernamental e as pactuações construam redes de atenção regionalizadas e solidárias.

O “cuidado centrado na pessoa” retrata as singularidades e a autonomia de cada usuário, valor de grande relevância para a AB. Esta mudança poderia significar um progresso, caso a PNAB de 2017 tivesse criado estratégias operacionais para o maior protagonismo das pessoas/usuários no cuidado desenvolvido pela ESF. Diferente disto, a Portaria nº 2. 436 de 2017 induziu a ampliação do modelo de atenção tradicional tem um processo de trabalho conectado ao contexto territorial, social e familiar das pessoas.

Após problematizar as principais diferenças entre os princípios e diretrizes, é importante mencionar que a categorização das “funções da AB” (ser base; ser resolutiva; coordenar o cuidado e ordenar as redes) presente na PNAB de 2011 foi retirada na versão de 2017, com reclassificação da resolutividade, coordenação do cuidado e a ordenação da rede como diretrizes deste nível de atenção.

Com relação às **responsabilidades da AB**, a PNAB de 2017 mencionou o papel da gestão municipal da AB em ordenar o fluxo de pessoas na RAS; gerir a referência e contrarreferência entre os pontos de atenção; e estabelecer uma relação entre os especialistas que também atendem as pessoas do território.

As responsabilidades de construir fluxos, encaminhar e acompanhar as pessoas na rede de saúde, e criar canais de comunicação com outros níveis de atenção requerem uma integração institucional extremamente qualificada (interna e externa à AB) que não é compatível com algumas propostas da PNAB de 2017:

- a carga horária mínima de 10 (dez) horas semanais para as equipes de AB;
- o acesso desarticulado com o território, sem o trabalho integral dos ACS;

- e a possibilidade de os municípios implantarem um pacote de serviços mínimos ou ampliados, construindo padrões diferenciados de AB.

Para além das mudanças ocorridas nos princípios e diretrizes e nas funções/responsabilidades da AB, houve maior investimento da Portaria nº 2.436 de 2017 na **descrição teórica de alguns conceitos** quando comparada à versão de 2011, dentre eles: 1) a participação da comunidade; 2) o território dinâmico; e 3) a resolutividade do cuidado.

O conceito de participação da comunidade passou a incluir “a orientação comunitária e a competência cultural no cuidado” e a necessidade de integração e articulação dos serviços no enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde. Em sintonia com este conceito, a Política de 2017 defendeu o direito dos usuários a terem acesso a informações sobre os serviços prestados. Apesar de tudo isto, a PNAB (2017) retirou o protagonismo dos ACS e da ESF, e induziu o financiamento das equipes de AB tradicionais que não estão estruturadas para valorizar a competência cultural do cuidado, a participação social e acolher as necessidades e demandas do território.

Com relação às reflexões sobre o sentido do território, a PNAB publicada em 2017 ampliou a compreensão porque partiu da perspectiva geográfica de território delimitado presente até a Política de 2011 para o entendimento dinâmico, proporcionando a oferta de serviços fora do local de moradia (área de cobertura). Esta mudança poderia ser interpretada como um avanço para o conceito de território e para a universalidade, entretanto, a Portaria nº 2.436 de 2017 não estabeleceu estratégias para a operacionalização desta flexibilização do local de acesso aos serviços básicos de saúde. Ao contrário, aumentou a desconexão territorial quando retirou o protagonismo dos ACS em todo território nacional e não persistiu na valorização do trabalho das equipes multiprofissionais com a priorização da ESF. Trabalhar com a territorialização sem incluir o os ACS e as equipes multiprofissionais abastece a lógica de cuidado como captura e cadastro de pessoas.

O trabalho dos ACS integrado às equipes tem a potencialidade em conhecer o território, visitar os domicílios, fazer articulações intersetoriais formais e informais e realizar o diagnóstico situacional, o planejamento e monitoramento em saúde. Desta forma, no lugar de progresso, essa mudança pode ser entendida como um risco para o serviço básico de saúde que se propõe a acompanhar e coordenar o cuidado das pessoas e suas famílias. O acesso na AB fora do local de moradia traz desafios imensuráveis para a garantia do cuidado integral e longitudinal porque depende minimamente da integração dos sistemas de informação e da comunicação resolutiva entre os serviços, o que também não está garantido na PNAB de 2017.

Com relação à resolutividade, a versão de 2017 descreveu o conceito que tinha sido apenas citado na PNAB de 2011. A Portaria nº 2.436 de 2017 mencionou a importância de acolher as demandas e resolver os problemas de saúde dos usuários na rede com a qualificação por meio da redução de danos, promoção de saúde, prevenção de agravos, proteção e recuperação, utilizando a clínica ampliada e a gestão clínica. O texto fala sobre a necessidade de a AB ter alta resolutividade com a incorporação de "tecnologias leves, leve duras e duras" (p. 08, BRASIL, 2017) em articulação com a RAS.

Apesar destas mudanças de conteúdo, as alterações estruturais na AB caminham a favor da menor resolutividade dos serviços e da ampliação das iniquidades em saúde. Na avaliação deste estudo, isto ocorreria porque a PNAB (2017) induz os municípios a implantarem equipes de saúde reduzidas, fragmentadas e desconexas com o território; não incentiva a ampliação da assistência em saúde bucal; reduz o trabalho dos ACS e dos Auxiliares de Saúde Bucal (ASB); e dificulta a contratação médica exclusivamente na ESF com a obrigatoriedade da jornada de 40 (quarenta) horas semanais.

Ao considerar todas estas mudanças, pode se concluir que o arcabouço conceitual da Portaria nº 2.436 de 2017 representa avanços teóricos ao mesmo tempo em que retira as condições necessárias a sua realização, aumentando a distância entre a teoria e a prática.

### **2.3 A Gestão da Atenção Básica: uma análise do modelo assistencial**

Este subcapítulo contempla a análise dos aspectos relativos à gestão da AB presente na Política de 2017, a utilizar a Portaria nº 2.488 de 2011 como referência comparativa. Foram considerados os seguintes aspectos:

- as responsabilidades dos entes federados;
- o funcionamento e a infraestrutura das UBS;
- o credenciamento e o financiamento da AB;
- o caminho para a privatização: os padrões essenciais e ampliados;
- as equipes complementares e para as 'populações específicas';
- e o retrocesso do modelo de atenção: da ESF para as equipes de AB.

### 2.3.1 As responsabilidades dos entes federados

Com relação às responsabilidades dos entes federados, houve a defesa teórica da prioridade de expansão, consolidação e qualificação da AB por meio da ESF, ao mesmo tempo em que houve a indução federal favorável à implantação do modelo convencional/tradicional de equipes.

No que se refere às **responsabilidades compartilhadas entre os três entes**, a Portaria nº 2.436 de 2017 deu ênfase para a qualificação e melhor uso dos sistemas de informação, quando comparada à versão instituída em 2011. Além disto, a PNAB de 2017 incluiu algumas responsabilidades, como:

- a garantia tripartite do transporte em saúde (em casos de equipes e usuários precisarem deste apoio) e da disponibilidade adequada de medicamentos;
- a autoavaliação regular das equipes e a utilização dos resultados da AB para o planejamento, monitoramento e avaliação em saúde;
- a utilização do intercâmbio de experiências na gestão;
- e a necessidade de articulação com o subsistema indígena.

Sobre as **responsabilidades do ente federal**, não existiram diferenças estruturais. O documento apenas reafirmou a necessidade deste ente colaborar de forma mensal, regular e automática com o financiamento tripartite. A respeito das **responsabilidades específicas do ente estadual**, a PNAB publicada em 2017 adicionou a atribuição do estado em fortalecer a ESF como estratégia prioritária, item ausente dentre as responsabilidades estaduais na Portaria nº 2.488 de 2011 e incoerente com o respaldo operacional da Portaria nº 2.436 de 2017.

Com relação às **responsabilidades do ente municipal**, o texto da PNAB de 2017 retirou a atribuição de pactuar as estratégias e normas para a implementação da AB no estado (na CIB por meio do COSEMS), abrindo uma lacuna para a organização regional e reafirmou a AB como porta de entrada preferencial e ordenadora da RAS. Outras atividades foram adicionadas, como: o incentivo para a mobilização das equipes, a participação da comunidade, o controle social e os mecanismos de encaminhamento responsável, sem que houvesse a descrição de estratégias operacionais para efetivar estas afirmações teóricas.

### 2.3.2 O funcionamento e infraestrutura das UBS

Sobre o **funcionamento das UBS**, a PNAB publicada em 2017 recomendou o mínimo 40 (quarenta) horas semanais durante os 05 (cinco) dias da semana por todo o ano, com a possibilidade de ter horários alternativos, desde que pactuados junto ao controle social e que estejam de acordo com as necessidades da população. Esta delimitação não estava detalhada na Portaria nº 2.488 de 2011. É possível interpretar que houve a intenção de estabelecer regras básicas para nortear minimamente o serviço, com o contrabalanceio da flexibilidade e sem o comprometimento de impor um padrão único para todo o país.

Sobre a categorização da proporção de pessoas/equipes por UBS, a versão de 2011 diferenciava as Unidades “com” e “sem” a ESF dentro dos centros urbanos. As unidades sem a ESF tinham o máximo de 18 (dezoito) mil habitantes no seu território de abrangência e as UBS com a ESF tinham a recomendação de no máximo de 12 (doze) mil habitantes. A Portaria nº 2.436 de 2017 impôs um único parâmetro populacional: ter 04 (quatro) equipes por UBS, como se o processo de trabalho das equipes de AB tradicionais e da ESF fossem iguais. Esta padronização da entre as diferentes modalidades de equipes é coerente com a intencionalidade da PNAB de 2017 de induzir o gestor municipal a implantar prioritariamente as equipes de AB tradicionais, o que afeta diretamente a mudança do modelo de atenção.

Com relação à **infraestrutura das Unidades**, houve maior investimento na descrição das recomendações, quando comparada a Portaria nº 2.488 de 2011. A PNAB de 2017 incluiu a necessidade de proporcionar espaço acolhedor e humano aos usuários e profissionais; a importância da ambiência do local e da acessibilidade; a disponibilidade de espaço compatível com a formação em serviço e para educação permanente; o conforto acústico e térmico; e a disposição de UBS como ponto de apoio para o atendimento das populações dispersas. Apesar da ampliação teórica destes ideais, não houve implantação de recomendações e diretrizes operacionais para estruturar a UBS de tal maneira a assegurar um espaço saudável, agradável e atraente para os brasileiros.

### 2.3.3 O credenciamento e o financiamento da AB

Com relação ao **financiamento** exposto na Portaria nº 2.436 de 2017 que instituiu a PNAB de 2017, este estudo considera que as alterações aconteceram em cinco principais dimensões:

- o recurso per capita teve a adição da flexibilidade de acordo com os aspectos sociodemográficos e epidemiológicos;
- houve mudança nos recursos dependentes da implantação de estratégias e programas da AB, com a garantia do custeio das equipes de AB, não proporcionado na PNAB de 2011;
- houve a inserção dos recursos condicionados por abrangência de ações e serviços;
- e a exclusão dos recursos para projetos específicos como Compensação de Especificidades Regionais (CER).

O recurso para Compensação de Especificidades Regionais (CER), presente na PNAB de 2011, tinha o objetivo de garantir o aporte financeiro de forma complementar aos repasses previstos nos blocos de financiamento, tendo em vista o enfrentamento das iniquidades existentes entre os municípios. Um retrocesso que também caminha neste mesmo sentido, diz respeito ao Programa Requalifica das UBS cuja ausência de menção na PNAB de 2017 abre espaço para a precarização da infraestrutura e para a própria implantação da rede de serviços da AB.

Ainda sobre o financiamento, o documento da Política de 2017 prevê que as equipes de Saúde da Família teriam prioridade desde que cadastradas no SCNES, com os valores publicados em portaria específica. Outro aspecto relevante, é que não houve citação sobre as duas modalidades de equipes da ESF (conforme existia na Portaria nº 2.488 de 2011) e sobre o financiamento das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória.

Como diferencial para a mudança do modelo de atenção, houve o início do financiamento das equipes de AB com valores também transferidos a cada mês, utilizando como base o número de equipes de AB registrados no SCNES. O financiamento das equipes de AB tradicionais, neste momento, foi definido pelo MS a depender do orçamento e demanda de credenciamento.

Com relação às equipes de saúde bucal (eSB), houve o acréscimo da possibilidade de financiamento também junto às equipes de AB com repasse previsto em portaria específica, assim como já estava previsto para as equipes da ESF. A PNAB de 2017 não acrescentou incentivos extras para a expansão das equipes de saúde bucal que trabalham no modelo da ESF.

No que tange às equipes para comunidades ribeirinhas e fluviais e para as equipes do consultório na rua (eCR) não existiram mudanças significativas. Sobre o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), houve adição de uma terceira modalidade de

NASF (na versão de 2011 existiam apenas nos formatos de equipes NASF) que não foi descrita.

Com relação ao financiamento dos ACS, a Portaria nº 2.436 de 2017 induziu a redução e/ou extinção desta categoria ao sugerir a fusão do trabalho com os Agentes de Combates a Endemias (ACE). Além disto, adicionou a efetivação dos recursos condicionada à alimentação obrigatória no SCNES, com manutenção e atualização realizada pelos gestores subnacionais. Por fim, não houve citação acerca do financiamento dos Microscopistas, do Programa Saúde na Escola (PSE), da Academia da Saúde e da Atenção domiciliar na PNAB de 2017, como existia na versão de 2011.

Na seção da PNAB sobre a **implantação e credenciamento**, a alteração mais relevante é a indução federal para custeio das equipes de AB que tem um escopo de trabalho bastante diferente do modelo da ESF. Percebe-se que as mudanças de financiamento impostas na PNAB de 2017 foram uma construção base para a posterior implantação do programa de financiamento da AB chamado Previne Brasil<sup>6</sup>.

#### 2.3.4 O caminho para a privatização: os padrões essenciais e ampliados

Na Política de 2017 houve uma mudança radical para a gestão da AB brasileira com a imposição de dois tipos de padrões a serem implantados: os essenciais e os ampliados. Os padrões essenciais foram categorizados pelo documento como os procedimentos básicos e/ou essenciais para garantir o acesso e a qualidade na AB. Os padrões ampliados contemplaram os procedimentos necessários para alcançar níveis elevados de acesso e qualidade. O documento não relata quais os procedimentos estão previstos em cada um dos pacotes de serviços (BRASIL,2017).

A inclusão de dois padrões de serviços - inexistentes na PNAB de 2011- sugere com bastante objetividade a possibilidade de implantar serviços mínimos e a opção de evoluir com serviços ampliados. Desta forma, a Política de 2017 viabiliza que o acesso na AB e no SUS seja excludente porque pode alcançar apenas serviços mínimos como também pode evoluir para uma assistência maior e mais qualificada, a depender de especificidades locais e de parâmetros das Regiões de Saúde. Esta mudança afeta diretamente o direito social ao acesso

---

<sup>6</sup>A criação do Programa Previne Brasil, aconteceu por meio da Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019 que estabeleceu o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde.

universal, equitativo e a integralidade do cuidado porque abre a possibilidade de ter dois escopos de pacotes de serviços, fragmentando e flexibilizando o modelo de atenção. Além disto, possibilita o entendimento equivocado de que a AB oferta serviços que podem ser negligenciáveis e/ou complementares, a depender de critérios locais e negociações.

Também é possível interpretar que esta mudança foi instituída de forma articulada com outras atitudes do governo federal que defendem o Estado e o SUS mínimo com a oferta de um escopo restrito de serviços públicos de saúde, com abertura crescente para a complementação do setor privado. Este panorama favorece a ampliação acelerada de seguros privados de saúde, conforme defendido por Morosini, Fonseca e Lima (2018), porque uma Atenção Básica restrita pavimenta o caminho para um SUS insuficiente e desqualificado.

### 2.3.5 As equipes complementares e para as ‘populações específicas’

A denominação “complementar” foi utilizada para abordar as equipes que não estão incluídas dentro da composição mínima obrigatória da ESF e da AB (tradicional): a a saúde bucal (eSB) e o Núcleo Ampliado de SF e AB (NASF-AB). O termo ‘populações específicas’ contempla o cuidado prestado pelas equipes ribeirinhas (eSFR), fluviais (eSFF), de Consultórios na Rua (eCR) e de Atenção Básica Prisional (eABP). Além disto, o Programa Saúde na Escola (PSE) foi incluído nesta seção.

Com relação à **saúde bucal**, a PNAB de 2017 impôs a carga horária mínima de 10 (dez) horas semanais para os profissionais vinculados às equipes de AB (tradicional), enquanto as equipes de saúde bucal da ESF continuaram com a obrigatoriedade de cumprir 40 (quarenta) horas. A jornada de 10 (dez) horas por semana induz para a fragmentação do cuidado que afeta diretamente a integralidade, a vinculação do território e a atenção longitudinal, apesar de sugerir a maior facilidade de alocação de profissionais. Esta mudança incentiva que o gestor municipal escolha implantar as equipes de AB (tradicional) em detrimento da ESF, apesar da Portaria nº 2.436 de 2017 mencionar de forma repetida que a Saúde da Família é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

Sobre a composição das equipes de saúde bucal, houve persistência do modelo anterior, o que pode sugerir a busca pela resolutividade com o escopo clínico ampliado dos Técnicos de Saúde Bucal (TSB) e, em paralelo, a extinção dos Auxiliares de Saúde Bucal (ASB). Precisamente, isso ocorre porque a Portaria nº 2.436 de 2017 reafirma a possibilidade de as duas modalidades de equipe de saúde bucal serem constituídas apenas o Cirurgião-Dentista e o Técnico de Saúde Bucal (TSB).

Além disto, a Política de 2017 continuou não induzindo que o gestor municipal realize a ampliação da cobertura da AB (eAB/eSF) juntamente com o investimento na saúde bucal, permitindo a implantação facultativa do cuidado em saúde bucal e a desproporção entre o número de eSF e de eSB. A continuidade deste formato prejudica a operacionalização do acesso universal, da equidade e da integralidade. Mais uma vez, a Portaria nº 2.436 de 2017 caminha contra o combate das desigualdades e a desfavorece a democratização da saúde no país.

No que tange ao **Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)**, houve alteração do nome anteriormente denominado de NASF. A Portaria nº 2.436 de 2017 aumentou a visibilidade para o modelo de AB (tradicional), o incluindo na nova nomenclatura; considerou o NASF-AB como equipe complementar, se distanciando da lógica integrativa; e diminuiu a centralidade do apoio matricial, com foco na compreensão clínica do cuidado. Não houve descrição das modalidades e das atribuições das equipes, o que demonstra pouco investimento para a expansão deste modelo.

Pode-se compreender que as modificações realizadas em 2017 foram intencionais e construíram o bastidor de extinção do financiamento do NASF-AB com o Previn Brasil, instituído em 2019 (Portaria nº 2.979).

Sobre o cuidado prestado às '**populações específicas**', a PNAB de 2017 realizou mudanças para as **equipes ribeirinhas e fluviais** quando retirou a obrigatoriedade dos ACS na composição mínima; manteve a lógica de complementação das equipes de saúde bucal; e adicionou a opção do trabalho dos Agentes de Combate a Endemias (ACE). Enquanto a PNAB de 2011 previa que as equipes ribeirinhas teriam minimamente de 6 (seis) a 12 (doze) ACS, na versão de 2017 há previsão de até 24 (vinte e quatro) ACS apenas para os casos de grande dispersão territorial.

Sobre as **equipes de consultório na rua**, a Política de 2017 também não detalhou a composição, mas citou a possibilidade de ter ACS e agentes sociais, quando poderia ter avançado e fixado a obrigatoriedade destes profissionais. Este estudo faz esta afirmação porque a Portaria nº 2.436 de 2017 considera que o trabalho da equipe do consultório na rua depende da alta conexão com as peculiaridades do território dinâmico e da construção social da redução de danos, desta forma, não é coerente instituir a presença dos ACS e agentes sociais apenas como opcional.

Houve a importante inclusão das **equipes de Atenção Básica Prisional (eABP)** na versão da PNAB de 2017 - inexistentes na Política de 2011. Esta mudança sugere uma busca por ofertar serviços de AB para as pessoas privadas de liberdade, entretanto, o documento não

incluiu a composição das equipes e as estratégias nacionais para a operacionalização deste trabalho.

Com relação ao **Programa de Saúde na Escola (PSE)**<sup>7</sup>, houve significativa redução do reconhecimento deste trabalho dentro do escopo teórico da Portaria nº 2.436 de 2017. A Portaria nº 2.488 de 2011 detalhou as ações do PSE enquanto a PNAB de 2017 se resumiu a retratar o Programa como uma estratégia intersetorial importante para a integralidade do cuidado. O PSE deveria ter uma crescente ênfase dentro da PNAB porque tem um importante potencial de articulação local e intersetorial; contribui para a resolutividade da AB; e colabora com a universalização do acesso e a integralidade do cuidado.

Ao considerar estas interpretações, a enorme diversidade territorial e a crescente desigualdade em saúde, pode-se concluir a Portaria nº 2.436 de 2017 mudou o trajeto percorrido até 2011. Isto se justifica porque a PNAB de 2017 não trouxe inovações e avanços significativos para a ampliação do acesso e para a qualificação e integração dos serviços de AB, pelo contrário, impôs restrições que, sob o olhar crítico, revelam uma estrutura regressiva de não investimento em uma AB forte, equitativa, universal e resolutiva.

### 2.3.6 O retrocesso do modelo de atenção: da ESF para as equipes de AB

A Portaria nº 2.436 de 2017 afirma que a ESF segue como modelo prioritário para a expansão e a consolidação da AB, entretanto, a redação concentra-se na descrição do trabalho das equipes de AB e estabelece condições favoráveis à implantação deste formato em todo o território nacional por meio de várias estratégias - que serão detalhadas adiante. Este cenário é muito diferente do apresentado na PNAB de 2011 que, de fato, investiu na ESF.

Com a intenção de induzir a implantação das equipes da AB (modelo tradicional), a Portaria nº 2.436 de 2017, para além da indução financeira estabeleceu algumas outras estratégias, dentre elas:

- a extinção das equipes transitórias que induziam a implantação da ESF;
- padronização do número de pessoas por equipe de SF e de AB;
- a desconstrução do trabalho territorial dos ACS;
- o aumento da governabilidade dos gestores municipais;

---

<sup>7</sup> O PSE foi instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 visando a integração intersetorial da educação com a saúde em prol da melhor qualificação da assistência.

- e a carga horária semanal de 10 (dez) horas para as equipes de AB tradicional e de 40 (quarenta) horas para a ESF.

Com relação aos **tipos de equipes**, a PNAB de 2017 considera a Saúde da Família (eSF) e a Atenção Básica (eAB), sem citação da modalidade de Equipe Transitória. A Equipe Transitória era uma possibilidade prevista na PNAB de 2011 como formato de transição do modelo de AB tradicional para a equipe de Saúde da Família, prevendo flexibilidade de carga horária médica e financiamento parcial - até que houvesse condição para a implantação da ESF.

Sobre a **proporção de pessoas por equipe**, na Política de 2011 havia o limite de 4.000 (quatro mil) pessoas e média de 3.000 (três mil) para as equipes de SF, a respeitar os critérios de equidade e considerar a vulnerabilidade do território. Na Portaria nº 2.436 de 2017 houve mudança para o quantitativo de 2.000 (duas mil) a 3.500 (três mil e quinhentas) pessoas, sem um limite máximo estabelecido e sem a equivalência da equidade, porém, com a citação de respeitar os princípios e diretrizes da AB. A imposição teórica de considerar os princípios e diretrizes da AB sem a delimitação clara de critérios, possibilita a ampliação da governabilidade do gestor e dificulta o monitoramento do trabalho realizado pelas equipes.

Para além da PNAB de 2017 não ter avançado em direção à delimitação do número de pessoas cadastradas por equipe, padronizou o mesmo quantitativo para a ESF e para a AB tradicional, como se o processo de trabalho de ambas as equipes fosse similar. Este panorama possibilita que as equipes da ESF prestem serviços a um número de usuários e famílias desproporcional à capacidade de assistência, afetando a qualidade do cuidado.

Sobre o trabalho dos **Agentes Comunitários de Saúde**, conforme sugerido em alguns espaços de discussão sobre a revisão da PNAB de 2011 (como os VI e VII Fóruns Nacionais de Gestão da AB), a PNAB de 2017 não incluiu esta categoria dentro do escopo de profissionais essenciais para as equipes de AB (tradicionais). Além disto, instituiu que o quantitativo de ACS nas equipes de AB, quando existente, depende de características do território e da decisão do gestor local. Com relação à ESF, a Portaria nº 2.436 de 2017 estabeleceu o quantitativo mínimo de apenas 01 (um) ACS por equipe, com a possibilidade de ampliação, a depender de características populacionais a ser definidas por critérios epidemiológicos, socioeconômicos e demográficos.

A cobertura dos ACS para 100% (cem por cento) da população, que está prevista desde a primeira PNAB em 2006, foi extinta. A Portaria nº 2.436 de 2017 estabeleceu que a necessidade de cobertura de ACS para toda a população está prevista apenas em áreas de grande dispersão territorial, de risco e vulnerabilidade social. Esta alteração sugere

automaticamente que o trabalho realizado pelos Agentes Comunitários - de conhecer a dinâmica territorial; realizar o cadastramento e acompanhamento domiciliar; integrar as ações de saúde com a realidade vivenciada pelas pessoas e suas famílias; e promover saúde e prevenir agravos - deixou de ser recomendado e necessário.

Este panorama reafirma a forte indução federal para a expansão do modelo de Atenção Básica tradicional que não tem o mesmo potencial da ESF em operacionalizar o acesso universal, a territorialização, a integralidade, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado, o ordenamento da rede, a construção do vínculo e o acolhimento com escuta qualificada. Desta forma, a PNAB de 2017 deve ser considerada como uma ferramenta de desconstrução de um trabalho que iniciou desde 1991, com o Programa de Agentes Comunitários (PACS). Até a vigência da PNAB de 2011, os ACS faziam parte da composição mínima e deveriam ser supervisionados por um enfermeiro, com o mínimo de 04 (quatro) e o máximo de 12 (doze) ACS por equipe.

Esta desconstrução do trabalho territorial realizado pelos ACS também afeta o pilar da participação popular, já que os ACS são os profissionais que residem na área de cobertura da Unidade e que representam a população atendida. Os Agentes constroem o elo de comunicação entre os moradores e os trabalhadores, contextualizando o cuidado prestado pelos profissionais com a realidade familiar e comunitária (nos diversos quesitos: social, afetiva, comportamental e mental).

Com a consagração destas mudanças, portanto, coloca-se uma perigosa indeterminação de várias dimensões que compõem a assistência integral projetada como direito público e democrático à saúde perseguida pelo SUS.

Com relação ao **aumento da flexibilidade e da governabilidade dos gestores municipais** em compor diferentes arranjos de equipes, esta foi uma temática recorrente, ao menos, desde o VI Fórum Nacional de Gestão da AB realizado em 2015 durante o processo de revisão da PNAB de 2011 (BRASIL, 2015a) que foi concretizada com a PNAB de 2017. Houve incentivo para a gestão local implantar o modelo tradicional de AB e grande flexibilidade para compor estas equipes, sem incluir a integração territorial proporcionada com o trabalho dos ACS. Novamente, o mesmo documento que defende a ESF como modelo prioritário, operacionaliza a ampliação do modelo de AB tradicional.

Além da PNAB publicada em 2017 fazer o uso recorrente de parâmetros locais para a tomada de decisão do gestor municipal, não elencou critérios nacionais específicos e claros. Esta flexibilidade abre janela de oportunidade para a alta discricionariedade da gestão municipal.

Sobre a **jornada semanal de trabalho**, a Portaria nº 2.436 de 2017 aprovou o mínimo de 10 (dez) horas para as equipes de AB, ao mesmo tempo em que estabeleceu a obrigatoriedade de 40 (quarenta) horas para todas as categorias profissionais da ESF. Com relação à categoria médica na ESF, a Portaria nº 2.488 de 2011 havia instituído a opção de jornada semanal de 20 horas, ao considerar que vários cenários brasileiros sofriam com a desassistência e rotatividade, dentre outras dificuldades. Esta mudança que aconteceu em 2011 foi desfeita com a versão de 2017, sugerindo a retomada para a crescente desassistência médica e desigualdade em saúde.

Ao reduzir a carga horária das equipes de AB para o mínimo de 10 (dez) horas, a PNAB de 2017 também defendeu que a organização da jornada deveria garantir o acesso, a continuidade, a coordenação e a longitudinalidade do cuidado. Mais uma vez, o documento construiu uma incoerência entre a teoria que defende uma AB ampla por meio da ESF e o respaldo operacional que induz para a assistência básica restrita e mínima.

Em síntese, a diferença de possibilidade de composição e de carga horária de trabalho entre as equipes (eAB e eSF) tem grande chance de causar a crescente desassistência médica e induzir para a implantação do modelo de AB tradicional, fora dos moldes da ESF. Desta forma, há uma retomada para a compreensão restrita da AB, para o modelo ambulatorial e biomédico predominante na década de 80. A mudança de modelo de atenção imposta na PNAB de 2017 é incoerente com a missão deste nível de atenção.

Segundo a Portaria nº 2.436 de 2017, a equipe de Saúde da Família é a estratégia prioritária que visa reorganizar, expandir, qualificar e consolidar a Atenção Básica no país. É o modelo de atenção que favorece a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017b, n.p).

A operacionalização do acolhimento, da integralidade, longitudinalidade, da coordenação do cuidado, da gestão de listas, referência e contrarreferência, da clínica ampliada, do cuidado centrado nas pessoas, da acessibilidade e da resolutividade defendidos no documento, dependem minimamente de uma equipe multiprofissional com ACS e com carga horária suficiente para fazer imersão no contexto das pessoas, famílias e comunidades.

Ao considerar os escritos supracitados, pode-se concluir que a PNAB de 2017 expôs um discurso repetitivo de priorização da ESF como o modelo de atenção para a ampliação da AB brasileira, mas operacionalizou a expansão das equipes tradicionais. As alterações que ocorreram para a implantação e custeio da AB influenciaram diretamente o modelo de atenção, saindo de uma proposta de equipe multiprofissional (com integração territorial que se

propõe a acolher, vincular e acompanhar as pessoas e suas famílias) para um modelo ambulatorial (com trabalho fragmentado e desarticulado com as necessidades do território).

O retrocesso do modelo de atenção repercute diretamente na RAS de todo sistema de saúde, uma vez que a AB é considerada a porta de entrada e o contato preferencial, é responsável por coordenar o cuidado, ordenar a rede e acompanhar as pessoas e famílias ao longo do tempo. Indesejavelmente, sob o olhar sanitário, a PNAB instituída em 2017 mudou a direção do roteiro percorrido pelas publicações de 2006 e de 2011 que buscava, em alguma medida, expandir e melhorar a qualidade do acesso em saúde e diminuir as desigualdades, a favor de maior democratização e participação social.

#### 2.4 As mudanças no processo de trabalho da Atenção Básica

Este subcapítulo contempla as alterações conceituais relacionadas ao processo de trabalho; a inclusão do trabalho dos ACE e dos gerentes de UBS instituídos na PNAB de 2017; e as mudanças nas atribuições comuns e específicas das categorias profissionais existentes na AB.

No que concerne à **organização do texto** da Portaria nº 2.436 de 2017, a seção que tratava das especificidades do processo de trabalho da ESF na PNAB de 2011 foi retirada, não existe na atual versão. A citação sobre ‘especificidades da ESF’ no documento de 2017 se relaciona apenas às equipes que atendem as populações específicas. Com relação às **características do processo de trabalho**, houve a exclusão do item que tratava da implementação das diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão. Apesar disto, o texto da PNAB investiu na segurança do paciente, na integração ensino, serviços e comunidade e na Educação Permanente em Saúde (EPS), com citação dos programas de estágio e residência e valorização destas estratégias para a qualificação dos serviços. Estas alterações sugerem uma busca por progressos teóricos que entram em choque com a menor ênfase para o modelo de atenção da ESF e, assim, para o acesso universal e para o eixo democrático do SUS.

No que tange às **mudanças conceituais relacionadas ao processo de trabalho**, houve uma descrição importante sobre o acolhimento e o fluxo de acesso na PNAB de 2017, que não foram tiveram destaque na Portaria nº 2.488 de 2011.

O acolhimento foi organizado com o atendimento das demandas espontâneas (consultas não programadas) por meio da estratificação e classificação de risco. A Política de

2017 defendeu a priorização do atendimento dos casos de urgência e emergência, independente do quantitativo previsto de número de consultas agendadas. É importante acolher, atender e priorizar as urgências e emergências que surgem no serviço básico até mesmo porque estes atendimentos podem propiciar a criação de vínculo para a garantia do cuidado longitudinal, mas não é facilmente operacionalizado e solucionado apenas com diretrizes conceituais.

Como este estudo está analisando, as alterações mais significativas realizadas na PNAB de 2017 consistem na desregulamentação e desconstrução da Estratégia de Saúde da Família, solapando o respaldo prático e operacional que proporcionaria o acesso qualificado, resolutivo e adequado às necessidades das pessoas, neste caso, tanto para o atendimento agendado como para o atendimento de demandas espontâneas (urgências e emergências).

Organizar o acesso na AB é um desafio historicamente reconhecido e de difícil condução prática, não dependente apenas da defesa teórica. A Portaria nº 2.436 de 2017 não delimitou o máximo de pessoas sob responsabilidade de cada equipe, então, fica ainda mais difícil garantir que os atendimentos de urgência e emergência sejam realizados com resolutividade e sem prejuízos para a qualidade da assistência.

O cuidado clínico e biomédico teve uma maior ênfase teórica na Portaria nº 2.436 de 2017, quando comparada com a versão de 2011, porque descreveu ferramentas que podem auxiliar a gestão da clínica, a considerar o protagonismo do usuário no processo terapêutico. A implementação da promoção da saúde foi trabalhada na perspectiva de considerar o usuário dentro do seu campo de visão, suas expectativas e singularidades, integrado às prescrições que já estão pré-estabelecidas para reflexão do que é saúde, indo além do que estava delimitado na PNAB de 2011.

Ainda sobre o escopo conceitual, a PNAB de 2017 investiu no discurso de integração da vigilância em saúde com a AB, tema pouco explorado na Portaria nº 2.488 de 2011. Esta mudança que pode ser entendida como um avanço extremamente importante para qualificação da AB, da vigilância e, por conseguinte, de todo o SUS. Entretanto, esta integração dependente de uma cadeia de articulações em todos os níveis de gestão e em todo território nacional. Ou seja, para além de um avanço teórico e da inclusão dos ACE, a operacionalização da integração (da vigilância em saúde com a AB) requer um permanente investimento em estratégias nacionais, não foram mencionadas na PNAB de 2017.

Um dos maiores diferenciais sobre o processo de trabalho na versão da PNAB publicada em 2017, diz respeito à **inclusão de duas novas categorias profissionais** dentro do escopo de profissionais da AB: os Agentes de Combate a Endemias (ACE) e os gerentes das

UBS. Esta mudança pode sugerir um maior investimento na integração da AB com a vigilância, a intenção de investir na qualificação da gestão da AB e a indução para a extinção do trabalho dos ACS. As competências específicas dos ACE e dos gerentes de UBS serão descritas a seguir.

No escopo de **atribuições comuns a todas as categorias profissionais**, foram adicionadas algumas atividades não existentes anteriormente na Política de 2011, e outras já estabelecidas foram retiradas. Dentre os itens que estavam previstos em 2011 e que não persistiram na versão de 2017, temos 04 (quatro) responsabilidades, todas dentro do contexto da AB e da vigilância. Este fato sugere uma incoerência da PNAB de 2017 que insiste na integração destes dois campos, AB e vigilância.

Dentre as atribuições comuns às todas as categorias profissionais que foram adicionadas na Portaria nº 2.436 de 2017 estão:

- o acompanhamento e registro do Programa Bolsa Família (PBF) no sistema de informação;
- o gerenciamento de insumos;
- o provimento de fluxos da RAS entre os pontos de atenção;
- a incorporação de práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento;
- a realização de visitas domiciliares, inclusive em Instituições de Longa Permanência (ILP) e abrigos;
- a realização de busca ativa de casos de internações e atendimentos de urgência e emergência;
- a garantia da segurança do paciente e redução de eventos adversos;
- a realização da gestão de fila de espera visando aumentar o acompanhamento longitudinal;
- e o uso da educação continuada junto ao conceito de educação permanente já existente na PNAB de 2011 (BRASIL, 2017b).

A adição destas novas atribuições sugere um esforço de ampliação do escopo de atuação das equipes, sem inovações estruturais.

Sobre as **atribuições específicas das categorias**, com relação aos enfermeiros e enfermeiras, houve mudança no atendimento de demanda espontânea com a inclusão dos protocolos para a realização da escuta qualificada e classificação de risco. No que tange aos técnicos e auxiliares de enfermagem e de saúde bucal, a maior diferença foi com relação à descrição de alguns procedimentos de clínicos, antes não citados.

Sobre as atuações médica e odontológica, a demanda espontânea passou a ter detalhamentos com a estratificação de risco e a elaboração de plano de cuidado. Estas categorias profissionais também passaram a ter responsabilidade de planejar, gerenciar e avaliar as ações dos ACE e ACS. Especificamente sobre os dentistas, as atividades em grupo dentro das UBS, nos domicílios e em outros espaços comunitários foram adicionadas dentre as atribuições específicas.

Dentre as atribuições específicas do gerente de UBS, constam: o apoio para a elaboração do diagnóstico situacional, planejamento, programação, avaliação dos resultados e elaboração de estratégias para alcance de metas; o monitoramento dos dados nos sistemas de informação; o conhecimento atualizado da RAS e a organização de seus fluxos; o desenvolvimento de uma gestão participativa e de estímulo ao controle social; e, por fim, a abertura ao desenvolvimento de outras atribuições delegadas pelos gestores.

De acordo com as responsabilidades supracitadas, percebe-se que a implantação do gerente de UBS depende de investimento financeiro, de apoio da gestão municipal e da disponibilidade de profissionais com conhecimento clínico e de gestão, articulados à realidade do território. Por estas razões, pode-se compreender que a inserção dos gerentes pode ser facilitada ou dificultada, a depender minimamente da realidade do território e da disponibilidade financeira.

Assim como os gerentes, os ACE não estavam previstos dentro da PNAB até a versão de 2011. A Portaria nº 2.436 de 2017 acrescentou esta nova categoria profissional e impôs 11 (onze) atividades comuns para aos ACE e ACS, a manter as atividades específicas. Os ACE são facultativos em ambas as equipes, de AB e da ESF. Os Agentes Comunitários são necessários apenas na ESF, com a quantidade mínima de 01 profissional. Este cenário pode sugerir a busca pela integração com a vigilância, e ao mesmo tempo em que pode induzir para a extinção do trabalho convencionalmente desenvolvido pelos ACS.

Com relação às atividades específicas dos ACE, estão as ações para pesquisa de moluscos e insetos ou coleta de reservatórios de doenças; o cadastramento e atualização dos imóveis e de mapas para prevenção e controle de doenças; e o controle químico e biológico de vetores, dentre outras.

No que tange às peculiaridades do trabalho dos ACS, algumas atribuições foram acrescentadas dentre elas: a participação nos processos de regulação; a responsabilidade de informar aos usuários sobre datas e horários de consultas e exames; e a coleta de informações e registro no sistema de informação para fins de diagnóstico e acompanhamento.

Para além destas atividades, PNAB de 2017 inseriu a possibilidade desta categoria realizar procedimentos clínicos, desde que assistida por profissionais de ensino superior e com disponibilidade de equipamentos. Dentre os procedimentos estão: a aferição de pressão e de temperatura; a medição de glicemia capilar; a realização de certos tipos de curativos; e orientações sobre a terapêutica medicamentosa (BRASIL, 2017b).

Estas atividades não foram descritas na versão da Política de 2011 porque, até antes da Portaria nº 2.436 de 2017, os ACS tinham um perfil profissional voltado quase exclusivamente para o trabalho territorializado, a explorar o conhecimento popular e participativo em saúde.

A atual versão da PNAB impõe mudanças no perfil profissional dos ACS quando mistura atribuições similares ao previsto para os técnicos/auxiliares de enfermagem e para os ACE, vendendo uma roupagem de integração com a vigilância, avanço clínico e resolutividade, quando parece ter a intenção de descaracterização do perfil profissional ou extinção do trabalho tipicamente comunitário e territorial (integração ou unificação de funções). Todas estas alterações repercutem diretamente no processo de trabalho, na gestão e no espaço ocupado pela AB dentro da RAS.

Como este estudo buscou destacar, em linhas gerais, a Portaria nº 2.436 de 2017 conjugou alterações normativas, solapando as condições estruturais para o acesso universal, para a AB forte, resolutiva e integral que coordena o cuidado dentro da RAS. A PNAB de 2017 mudou o roteiro histórico de avanços que estava sendo construído desde 2006 e que foi fortalecido com a Portaria nº 2.488 de 2011. A PNAB de 2011 criou várias estratégias a favor da APS ampliada, e assim, expandiu o acesso, a qualidade da assistência e o combate às desigualdades em saúde.

Diante do que foi analisado, é possível concluir que a Portaria nº 2.436 de 2017 desloca o eixo democrático do SUS quando aumenta a incoerência entre a teoria e a operacionalização do AB; proporciona uma flexibilidade desmedida ao gestor local; incentiva o modelo de equipes de AB tradicional já superado pelo sucesso da ESF; induz a extinção dos ACS em todo território nacional, desarticulando o trabalho do território; extingue a CER que era um importante instrumento de combate às desigualdades; permite o trabalho fragmentado com cargas horárias mínimas de 10 (dez) horas para as equipes de AB, se aproximando do perfil plantonista; impõe a obrigatoriedade de 40 (quarenta) horas semanais aos médicos da ESF; e ameaça a integralidade e o acesso universal com a imposição de dois padrões de serviços da AB e com o trabalho facultativo de equipes de saúde bucal e dos ACS.

Constata-se importante instabilidade da Política de AB frente ao cenário político, econômico e social desfavorável para a inclusão social, principalmente com o golpe militar e depois em 2016 com a entrada do Michel Temer na Presidência. Existe uma constante disputa entre o modelo de saúde universal versus focalizado; inclusão versus exclusão social; AB ampliada versus restrita; ESF versus atenção básica tradicional; e pacotes de serviços ampliados versus essenciais.

Desta forma, acredita-se que a desagregação democrática que vêm ocorrendo desde 2016 interferiu diretamente na nova orientação federal para a AB com a Política de 2017. A Portaria nº 2.436 constrói respaldos financeiros e organizacionais para a implantação de serviços essenciais e resgata o modelo de atenção básica tradicional frente ao reconhecimento internacional da resolutividade e qualidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Com a finalidade de facilitar a compreensão das principais mudanças instituídas com a PNAB de 2017, segue o Quadro 1 que considerou as mesmas categorias analíticas selecionadas para a construção deste segundo capítulo.

Quadro 1 – Resumo das principais mudanças ocorridas na PNAB de 2017 em comparação com a versão de 2011

| CATEGORIAS DE ANÁLISE                              | MUDANÇAS INSTITUÍDAS COM A PNAB DE 2017   |
|--|---|
| FUNDAMENTOS E VALORES DA AB                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>-A definição da AB passou a contemplar os cuidados paliativos e a vigilância em saúde;</li> <li>-Os princípios e diretrizes da AB passaram a incluir a regionalização e hierarquização e o cuidado centrado nas pessoas;</li> <li>-Não houve descrição das funções da AB, com reclassificação da resolutividade, coordenação do cuidado e a ordenação da rede como diretrizes;</li> <li>-Ampliação do conceito de participação da comunidade, da resolutividade e do território;</li> <li>-Inclusão do direito dos usuários a acessarem suas informações;</li> </ul>   |
| A GESTÃO DA AB: UMA ANÁLISE DO MODELO ASSISTENCIAL | <ul style="list-style-type: none"> <li>-As responsabilidades compartilhadas entre os entes federados e as responsabilidades dos gestores municipais foram ampliadas;</li> <li>-Houve recomendação do funcionamento das UBS por no mínimo quarenta horas semanais durante os cinco dias da semana por todo o ano, com a possibilidade de ter horários alternativos;</li> <li>-Imposição de um único parâmetro populacional por UBS para a ESF e para o modelo de AB (tradicional);</li> <li>-Discussão mais detalhada sobre a infraestrutura das Unidades, a incluir a ambiência, o conforto acústico e térmico e a acessibilidade;</li> <li>-Aconteceram alterações no financiamento, especificamente para o recurso per capita; houve a inclusão do custeio das equipes de AB na implantação de estratégias e programas da AB; a inserção dos recursos condicionados por abrangência de ações e serviços; e a exclusão da CER;</li> <li>-Sobre a implantação e credenciamento, a alteração mais relevante foi a indução federal para custeio das equipes de AB;</li> <li>-Houve a inclusão dos padrões essenciais e ampliados, inexistentes na PNAB de 2011;</li> <li>-Sobre as equipes complementares, foi adicionada a opção de 10 horas semanais para as equipes de saúde bucal vinculadas às equipes de AB, sem o mesmo direito para a ESF e houve alteração do termo NASF para NASF-AB;</li> <li>-Sobre as ‘populações específicas’, houve mudança na composição mínima das equipes fluviais e ribeirinhas com a retirada dos ACS; e houve a inclusão das equipes de atenção básica prisionais;</li> <li>-Houve menos ênfase para o trabalho do PSE;</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>-Sobre o retrocesso do modelo de atenção, houve:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a extinção das equipes transitórias que induziam a implantação da ESF;</li> <li>• a padronização do número de pessoas por equipe de SF e de AB;</li> <li>• a mudança do parâmetro de pessoas por equipe, de 3 a 4 mil pessoas para 2.000 a 3.500 pessoas sem um limite máximo de pessoas;</li> <li>• o aumento da governabilidade dos gestores municipais em compor as equipes;</li> <li>• a desconstrução do trabalho territorial dos ACS sem a necessidade deste profissional para as equipes de AB e com o mínimo de 1 ACS para a ESF, com 100% de cobertura apenas para situações específicas; e a carga horária semanal de 10 horas para as equipes de AB tradicional e de 40 horas para a ESF, a incluir a categoria médica que deixou de ter a opção do trabalho de 20 horas semanais.</li> </ul>  |
| <p>AS MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO DA ATENÇÃO BÁSICA</p> | <p>- A seção que tratava das especificidades do processo de trabalho da ESF na PNAB de 2011 foi retirada, não existe na atual versão;</p> <p>-Com relação às características do processo de trabalho, houve a exclusão do item que tratava da implementação das diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão;</p> <p>- Houve descrição sobre o acolhimento e o fluxo de acesso, antes não explorados;</p> <p>- Maior investimento no discurso de integração da vigilância em saúde com a AB, no cuidado clínico e biomédico; na educação permanente; e na integração ensino, serviços e comunidade, com citação dos programas de estágio e residência</p> <p>- Inclusão de duas novas categorias: os ACE e os gerentes de UBS;</p> <p>- Houve ampliação das atribuições comuns às todas as categorias profissionais, e alteração de algumas atribuições específicas;</p> <p>- Mudança do perfil profissional dos ACS, a incluir procedimentos clínicos, desde que sejam capacitados por profissional de ensino superior;</p> |

Fonte: Portaria nº 2.436 de 2017 (BRASIL, 2017a)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo corrobora com o entendimento de que o Brasil vivencia desde 2016 o movimento de desconstrução da democracia, que na área das políticas sociais consiste em retirar o protagonismo do Estado e aprofundar a mercantilização do acesso à saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Sob a perspectiva da Saúde Coletiva, se configura como o pior cenário de ameaça à construção do SUS após 1988 (OCKÉ-REIS, 2017).

Desde 2016, o movimento conservador vem ressurgindo com expressão, a implementar uma política radical de austeridade fiscal. Os direitos sociais, políticos e civis - que compõe a cidadania do estado democrático- estão em risco sistêmico, ameaçando a concepção socialmente determinada da saúde, e, por conseguinte, a universalidade, a equidade, a integralidade do SUS (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020). Giovanella, Franco e Almeida (2020) afirmam que o atual governo federal (2019-2021) trabalha de forma articulada e intencional a favor da mercantilização, e em detrimento do enfraquecimento das políticas sociais. No caso da saúde, se o seu sentido público e universal está em risco, pode-se dizer que a APS tem sido o grande alvo.

Considerando a reflexão desenvolvida na presente dissertação, compreende-se que a Portaria nº 2.436 de 2017, reconhecida como a ‘nova PNAB’, constitui um momento fundamental para o entendimento dessa onda conservadora. Em 2017, três meses após a instituição da nova PNAB, foram tomadas iniciativas de grande impacto como a mudança na transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde com a Portaria nº 3.992 de 2017 (BRASIL, 2017d). Esta Portaria diminuiu radicalmente os blocos de financiamento, fornecendo maior liberdade e governabilidade para o gestor municipal, em contraposição ao controle e indução federal (SANTOS, 2017).

O desmonte seguiu acontecendo. De acordo com Morosini, Fonseca e Baptista (2020), apenas em 2019 houve uma reformulação do SUS por meio de um leque de medidas de ataque à APS que aprofundam a orientação restritiva da atual PNAB, a ampliar e articular um plano político maior de destruição do estado de direitos. Houve a instituição do novo modelo de financiamento da AB com o Previn Brasil (Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019), além da criação da Carteira de Serviços da AB e da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária (ADAPS) pela Lei nº 13.958.

A Carteira de Serviços da AB criada em 2019, corroborou com a PNAB de 2017 ao não valorizar a abordagem familiar no território (realizado especialmente pelos ACS) e utilizar a lógica de listagem de pacientes e procedimentos. Esta mudança facilita o processo de contratualização do serviço público com o privado e retira a centralidade do acompanhamento das equipes multiprofissionais às pessoas e famílias do território (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020). A concepção de APS apresentada na Carteira Nacional de Serviços não contempla os princípios da integralidade e universalidade, do cuidado longitudinal e articulado. Pelo contrário, é mais uma ação que abre portas para a expansão da APS restrita e seletiva, favorecendo o crescimento mercadológico da saúde (REDE APS, 2019).

Em outra dura intervenção, desta vez com a criação do Programa Previne Brasil, também em 2019, houve extinção dos Pisos de Atenção Básica (PAB) fixo e variável e do financiamento do NASF-AB. A extinção do PAB fixo significa uma perda importantíssima para os municípios porque acabou com a única transferência de base populacional que existia para a saúde (PAB fixo) (REDE APS, 2019; GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020). Para Giovanella, Franco e Almeida (2020), o Previne Brasil pode surtir efeitos devastadores para a ESF porque o pagamento por capitação utiliza lista de pessoas cadastradas ao invés do quantitativo total de residentes no município, comprometendo a universalização e a equidade do SUS.

Além disto, com o Programa Previne Brasil se estabeleceu a equivalência de pagamento para as equipes de AP e equipes da ESF, confirmando a orientação operacional da PNAB de 2017 para a ampliação e consolidação da APS por outros meios que não sejam a ESF (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020). O Programa Previne Brasil também afetou a integralidade, a equidade, a universalidade e a centralidade da APS ampliada quando extinguiu o financiamento do NASF-AB, criado em 2008.

De forma semelhante ao processo não participativo de formulação da PNAB de 2017, a mudança do financiamento supracitada desconsiderou a posição do Conselho Nacional de Saúde (CNS), demonstrando mais uma atitude contrária aos valores democráticos de participação popular na gestão do SUS e de descentralização do poder. Para Morosini, Fonseca e Baptista (2020), o governo federal tem seguido um padrão de não compartilhar os processos de decisão com as instâncias de controle social e tem utilizado de consultas públicas e anúncios isolados pouco antes de fazer as deliberações.

As várias mudanças que ocorreram em 2019 indicam que as decisões da 16ª Conferência Nacional de Saúde não foram consideradas com pautas de discussão, o que se

configura um argumento importante de que os conselhos não tiveram oportunidade de participação junto às decisões federais, fortalecendo a perigosa ameaça para a democracia brasileira. Um cenário diferente do vivenciado durante a construção e instituição da Portaria nº 2.488 de 2011, quando o país estava sob a gestão de um governo que permitia o diálogo e construção compartilhada entre os diferentes atores da arena de disputa, apesar de também existirem forças de defesa da privatização, do SUS residual e da APS restrita.

Com relação às alterações realizadas diretamente na AB após 2016, muitas são respostas a movimentos realizados no processo de revisão da PNAB de 2011, que culminou na instituição da Portaria nº 2.436 de 2017. Dentre elas, estão a criação da Carteira de Serviços e a alteração da composição das equipes e da jornada de trabalho dos profissionais, relatados no VI e VII Fóruns (BRASIL, 2015<sup>a</sup>, 2016a); o aumento da governabilidade do gestor local; e a mudança do trabalho dos ACS trabalhados no VI Fórum (BRASIL, 2015a) (vide Quadros 2 e 3 apresentados como apêndices A e B).

Morosini, Fonseca e Baptista (2020) defendem que a Portaria nº 2.436 de 2017 foi estrategicamente articulada com a criação do Previner Brasil, a ADAPS e com a implementação da Carteira de Serviços. Todas estas mudanças foram defendidas por grupos que vendem a proposta de progresso, quando, na verdade, criam estratégias que incentivam a assistência individual, biomédica e curativa; ameaçam diretamente o cuidado comunitário, territorializado, multiprofissional e integral da APS e do SUS; e constroem uma sustentação para o crescimento do setor privado. Além destas alterações, vale mencionar que a Emenda Constitucional 95 (BRASIL, 2016b), a extinção do Programa Mais Médicos e a intenção de mitigar a participação comunitária e o controle social também são peças que constroem a teia política a favor do desmonte da AB e, por conseguinte, do SUS.

Especificamente sobre a Portaria nº 2.436 de 2017, é possível identificar uma ampliação do arcabouço teórico que sugere evoluções diversas, quando comparados a versão de 2011. Entretanto, estes possíveis progressos perdem força e se tornam incoerências na medida em que a análise do sentido político da AB é realizada. A orientação nacional constrói uma estrutura operacional desfavorável para a AB porque retira o protagonismo da ESF reconhecida historicamente, concretizando um retrocesso para o caráter universal, integral, justo e solidário do SUS. Os valores, as diretrizes e princípios da AB foram colocados em risco sem que houvesse clareza teórica desta ameaça que também afeta a RAS, todo o SUS e a democracia brasileira.

Mesmo ao considerar que algumas estratégias (novas portarias/notas técnicas) foram criadas após a instituição da PNAB de 2017 para desacelerar a expansão da AB nos moldes

das equipes tradicionais (eAB) e contrabalancear alguns efeitos prejudiciais do Previner Brasil, ainda há forte indução do ente federal para a implantação das equipes de AB. Isto porque as eAB possuem um escopo profissional reduzido, não incluem a obrigatoriedade dos ACS, tem uma jornada de trabalho inferior à 40 horas semanais e possuem um trabalho assistencial focado nas pessoas cadastradas e em procedimentos realizados. A ampliação da flexibilidade e da governabilidade fornecida ao gestor municipal para escolher o modelo de atenção básica que deseja implantar e o arranjo de equipes que deseja compor, traduz o protagonismo de certos atores políticos na construção da Portaria nº 2.436 de 2017.

Neste sentido, é importante mencionar que existem interesses conflitantes na arena de decisão política, com personagens que se associam mais aos interesses privados do que aos compromissos coletivos sanitários previstos na Constituição de 1988. A depender das circunstâncias, a construção das políticas sociais pode refletir a vitória dos benefícios individuais de poucos sob o direito de toda a sociedade, rotulada de progresso e dependente de análise crítica.

Ao considerar os capítulos desenvolvidos, é possível afirmar que há influência dos acontecimentos internacionais no perfil de AB brasileira, mesmo que não seja de forma direta e automática. Existe forte conexão entre o cenário político e a construção democrática da saúde, com abertura política em tempos democráticos. Mesmo em períodos de investimento repressivo para mitigar a participação e o controle social, o direito à saúde ainda se traduz em vozes protagonistas de avanços já conquistados.

De acordo com a retrospectiva histórica realizada, as correntes ampliada e restrita da APS são permeadas por diferentes interesses e disputas, ganham e perdem força sob a grande influência do regime político, podendo facilitar ou desafiar o conhecimento científico e o potencial universal do SUS. As vertentes ampliadas e restritas da AB são diretamente afetadas pelas questões políticas da época. Pela perspectiva deste estudo, a Portaria nº 2.436 de 2017 recoloca a corrente restrita da AB no centro da estrutura do SUS e está articulada como uma peça do panorama de ataques neoliberais perversos que colocam o direito a saúde e a democracia em risco.

Nos tempos pandêmicos trágicos para a saúde coletiva brasileira, a localização destes condicionantes expõe a dependência que o sistema público de saúde possui do sistema político democrático, essencial para o bem estar e para a vida das pessoas, suas famílias e comunidades. Alinhada com esta dissertação, a pesquisa de Medina et al. (2020) defende que o enfrentamento à pandemia da COVID-19 expõe desafios importantes, muitos são consequências do desmonte da APS (iniciado em 2017 com a Portaria nº 2.436) e articulado

com a extinção do Programa Mais Médicos, com a desconexão territorial do Previner Brasil, a fragilidade de vínculo empregatícios e com a mercantilização e privatização crescentes (desde a década de 90).

Neste sentido, o estudo de Daumas e colaboradores (2020) relata que a pandemia evidencia a necessidade urgente de financiamento adequado para o SUS e a retomada da ESF como modelo prioritário de AB. A ESF é defendida porque tem habilidade em coordenar o cuidado em rede e fortalecer as competências culturais, familiares e comunitárias do território, atribuições que têm sintonia direta com o enfrentamento do COVID-19. Medina et al. (2020) reforça que o momento pandêmico requer o fortalecimento emergente da APS territorializada, integrada, articulada, capilarizada, forte e vigilante.

Enquanto Dentista de Família foi possível perceber alguns efeitos da Portaria nº 2.436 de 2017 e do Programa Previner Brasil na prática do serviço em tempos pandêmicos. As equipes multiprofissionais passaram por uma diminuição radical do quantitativo de ACS e sofreram com a incompletude e até extinção da equipe NASF-AB. Este cenário afetou diretamente os pilares e qualificação da AB. Em alguns momentos pandêmicos, o foco do trabalho territorial dos Agentes foi direcionado para a atualização de cadastros internamente à Unidade, demonstrando um investimento para recebimento da capitação ponderada em detrimento do acompanhamento dos usuários e famílias em momento de combate à Covid-19.

A pandemia traz medo, insegurança e revolta para o trabalhador da linha de frente que luta diariamente contra a orientação irresponsável da condução nacional e de inúmeros gestores/representações nacionais, estaduais e municipais. Apesar disto, está oportunizando a visibilidade midiática positiva do Sistema Único de Saúde e da Atenção Básica frente à construção desqualificada do serviço público predominante na sociedade brasileira, sob a influência de interesses econômicos privatistas. Desta forma, torna oportuno unir forças ao controle e participação social, às entidades representativas das categorias profissionais e às instituições sanitárias, a favor da garantia do direito ao acesso universal em saúde crescentemente qualificado e contra a desconstrução democrática dos direitos sociais.

Como conclusão, compreende-se que Portaria nº 2.436 de 2017, potencializada por outras mudanças da conjuntura, mudou o modelo de atenção da AB e transformou a estrutura do SUS, reforçando o ritmo de constrangimento da democracia brasileira que foi radicalizado com a pandemia da Covid-19. Desse modo, ganha forma a ascensão histórica de um modelo tradicional de AB, com um pacote mínimo de serviços mínimos que têm raízes em outro tempo, mas que ganhou espaço para contracenar em primeiro plano com o governo antidemocrático, autoritário e perverso de plantão. Com o retorno da corrente de APS restrita,

fortemente defendida e utilizada internacionalmente como respaldo para o aumento da cobertura universal (alcançada por meio de complementação do setor privado), o lema clássico da Reforma Sanitária que vincula saúde à democracia torna-se mais atual do que nunca.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.R et al.. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Rev Panam Salud Publica**. 2018;42:e180. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>. Acesso em: 18 Set. 2020.

ANDRADE, L.O.M; BARRETO, I.C.H.C; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, **et al.** (organizadores). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Ed. Fiocruz, 2006, 871 p.

BAPTISTA, T.W.F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. FIOCRUZ, 2007, p. 29-60.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Previdência e Assistência Social. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde**. Brasília: MS; 1986.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 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, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055- 18059.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.142**, de 28 de setembro 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694-25695.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n° 648**, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da União. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Gestão da Atenção Básica (CGGAB). **Relatório Final do VI**

**Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica.** Brasília, CGGAB/SAS/MS, 2015a. Disponível em: < Relatorio\_VI\_Forum\_Nacional\_AB.pdf > . Acesso em: 06 Fev 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 15ª Conferência Nacional de Saúde: **Diretrizes e Propostas Aprovadas Por Ordem Sequencial nos Eixos Temáticos.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, Brasília (DF), 2015b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Gestão da Atenção Básica (CGGAB). **Síntese das Discussões VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica.** Brasília, CGGAB/SAS/MS, 2016a. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Sintese%20VII%20Forum.pdf>> . Acesso em: 11 de Fev.2021.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 dez. 2016b

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 035** de 11 de agosto de 2017. Sobre a revisão da política nacional de atenção básica (PNAB). Reunião nº 296. Brasília, DF: 2017a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

\_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Recomendação nº 061** de 10 de Novembro 2017. Brasília, 2017c. Acesso em Março de 2021, Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2017/Reco061.pdf>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). **Portaria Nº 3.992**, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF; 2017d.

\_\_\_\_\_. **DECRETO Nº 9.759**, DE 11 DE ABRIL DE 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 11 abril. 2019.

BODSTEIN, R. et al. . Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 3, p. 725-731, 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 Mar. 2021

BUSS, PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 Set 2020.

CAMPOS, C.E.A. A organização dos serviços de Atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Brasileira Medicina Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, 2(6), 2006.

CASTRO, A.L.B; MACHADO, C.V. A Política Federal de Atenção Básica à Saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.477-506, 2012.

CASTRO, ALB; MACHADO, CV; LIMA, LD. **Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil**. In: **Mendonça, Maria Helena Magalhães de; Matta, Gustavo Corrêa; Gondim, Roberta; Giovanella, Ligia. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2018. p.73-94.

COHN, A. O SUS e o Direito à Saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: Lima, N. T.; Gershman S.; Edler, F.C.; Suárez, J.M. (orgs.) **Saúde e Democracia: História e perspectivas do Sistema Único de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, p. 385-405.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS); CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Nota conjunta Conasems e Conass sobre a reformulação PNAB** [internet] Brasília, DF: Conass; Conasems, Brasília,2017. Disponível em:<<http://www.conass.org.br/nota-conjunta-conasems-e-conass-sobre-reformulacao-pnab/>> Acesso em: Março 2021.

CRUZ, M.M. Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde. In: Oliveira, Roberta Gondim de; Grabois, Victor; Júnior, Walter Vieira Mendes (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro- RJ: EAD/ENSP, 2009, cap. 02, p.35-47.

DAUMAS, R.P et al.. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 36, n. 6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>. Acesso em 25 de Março de 2021.

DOWBOR, M. Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado. **Lua Nova**, São Paulo, n. 78, p. 158-222,2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64452009000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452009000300010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 Nov.2020.

FAUSTO, M.C.R. **Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde: Uma análise histórica da Atenção Primária brasileira na Política de Saúde Brasileira**. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, p. 261. 2005.

FAUSTO, M.C.R; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M.V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-68. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39171/2/Modelos%20de%20Aten%c3%a7%c3%a3o%20-%20Aten%c3%a7%c3%a3o%20Prim%c3%a1ria%20%c3%a0%20Sa%c3%bade.pdf>. Acesso em: 18 Set. 2020.

FAUSTO, M.C.R et al.. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe1., pp. 12-14. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S101>>. Acesso em 18 Setembro de 2020

FONTENELLE, L .F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 22, Jan./Mar., 2012. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/417>> Acesso em: 21 Out. 2020.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 1, p. s21-s23, 2008 .

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella, L, e t al. (organizadores). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz , 2009, cap. 16, pp. 575-626.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.G.M. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella, L, e t al. (organizadores). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. 2ª Edição.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2018, v. 34, n. 8. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>>. Acesso em: 29 Agosto 2020.

GIOVANELLA, L et al.. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2019,v. 35, n. 3 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>>. Acesso em: 29 Set. 2020.

GIOVANELLA, L; FRANCO, C.M; ALMEIDA, P.T. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, pág. 1475-1482, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000401475&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401475&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 Nov. de 2020

GODOY, A.S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. In: **Revista de Administração de Empresas**, v.35, n.2, Março/Abril, 1995 p. 57-63.

HOCHMAN, G; FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, D. (Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

LAVOR, A.C.H. O agente comunitário: um novo profissional da saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 17-19. Disponível em : < [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias\\_saude\\_familia\\_brasil.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf)> Acesso em 08 Nov. 2020.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L.D; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo , v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, N.T; FONSECA, C.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva. In: LIMA, N. T. (Org.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MACHADO, C.V. Prioridades da saúde no Brasil nos anos 90: três políticas, muitas lições. **Rev Panam Salud Pública**. 2006; 20: 44-9. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2006.v20n1/44-49/pt>> Acesso em: Março 2020

MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F; NOGUEIRA, C.O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 3, p. 521-532, Mar. 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 Mar. 2021.

MATTA. G.C; MOROSINI, M.V.G. Atenção Primária à Saúde. In: LIMA, J.C.F.PEREIRA, I.B. (Orgs.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, p.419-26. 2009.

MEDINA, M.G et al.. A pesquisa em atenção primária à saúde no Brasil. In: Mendonça MHM et al.. (Organizadores). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2018. p.453-485.

MEDINA, M.G et al.. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, 2020. Disponível em: <http://cadernos.enp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer>. Acesso em: 26 Mar. 2021.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.; DEMARZO, M.M.P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: Origens e Diferenças Conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

MELO, E.A. et al. . Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, p. 38-51, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500038&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500038&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 14 de set.2020.

MENDONÇA, M.H.M. Profissionalização e regulação da atividade do ACS no contexto da Reforma Sanitária. **Trabalho, Educação e Saúde**, v2 n2 (2) 353-365, 2004.

MENDONÇA, M.H.M et al.. Introdução: Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Mendonça MHM et al.. (organizadores). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2018.p. 29-47

MERHY, E. Democracia e saúde. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 4, p. 7-13, jul./set. 1977.

MOREIRA, M.S; SANTOS, R.T. Cidadania Regulada e Era Vargas: a interpretação de Wanderley Guilherme dos Santos e sua fortuna Crítica. **Estudos históricos**. Rio de Janeiro , v. 33, n. 71, p. 539-558, Dec. 2020 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21862020000300539&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21862020000300539&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 de Nov. d. 2020

MOROSINI, M.V.G.C; FONSECA, A.F; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. 116, p. 11-24, Jan. 2018 . . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 de out. 2020.

MOROSINI, M.V.G.C; FONSECA, AF; BAPTISTA, TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 9, e00040220, 2020 . . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102->](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-) Acesso em: 16 de novembro de 2020

MOROSINI, MV; FONSECA, AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, pp. 261-274. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S117>>. Acesso em 05 Nov.2020

MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE - **MOPS-SE**. Construção Histórica do MOPS [Internet]. Sergipe, 2014. Disponível em: Construção Histórica do MOPS - Movimento Popular de Saúde - MOPS-SE (google.com) Acesso em: 20 de Nov. 2020.

NEY, M.S. **Sistemas de avaliação profissional no âmbito da contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde**. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, p. 274. 2014.

OCKÉ-REIS, C.O. Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica. **Saúde em Debate** [online]. 2017, v. 41, n. 113, pp. 365-371. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711302>> . Acesso em: 20 set. 2020

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-OPAS. **INFORME DAWSON SOBRE EL FUTURO DE LOS SERVICIOS MEDICOS Y AFINES**, 196. Washington, D.C; Organización Panamericana de la Salud (OPAS); 1962. 38 p. (OPS. Publicación Científica, 93).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Renovação da Atenção Primária nas Américas**. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington: PanAmerican Health Organization (PAHO/WHO), 2005. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&category\\_slug=atencao-primaria-em-saude-944&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&Itemid=965)> Acesso em: set. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: OPAS; Nov. 2018.

PELLEGRINI, A. “Saúde para Todos” e “Todos pela Equidade”: Será a CMDSS uma nova Alma-Ata? [Internet]. Rio de Janeiro: **Determinantes sociais da saúde, portal e observatório sobre iniquidades em saúde**, 2011. Disponível em <<http://dssbr.org/site/opinioes/saude-para-todos-e-todos-pela-equidade-sera-a-cmdss-uma-nova-alma-ata/>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

REDE DE PESQUISA EM APS DA ABRASCO (REDE APS). **Contribuição dos pesquisadores da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de atenção primária propostas pelo MS** [Internet]. João Pessoa: Rede APS; 2019. Disponível em: [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Contribuicoesdospesquisaadores\\_REDEAPS.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Contribuicoesdospesquisaadores_REDEAPS.pdf) Acesso em: 10 março 2020.

REIS, V. **Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da política nacional de atenção básica** [Internet]. Rio de Janeiro. Abrasco, 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/> Acesso em: set.2019.

RODRIGUES, P.H; SANTOS, S.I. Organização dos Serviços de Saúde. In: RODRIGUES, PH; SANTOS, SI (org.). **Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS.**, Rio de Janeiro: Atheneu, 2011. p. 49-66.

SANTOS, R.F. Blocos de Financiamento e o Conselho Nacional de Saúde. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde- CEBES**. Rio de Janeiro, 31 de Dezembro de 2017. Acesso

em 26 de novembro de 2020. Disponível em < <http://cebes.org.br/2017/12/blocos-de-financiamento-e-o-conselho-nacional-de-saude/>>

SILVEIRA, A.C; MACHADO, C.V; MATTA, G.C. A atenção primária em saúde na agenda da organização panamericana de saúde nos anos 2000. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 31-44, Apr. 2015 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462015000100031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000100031&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 Março. 2021.

SOUSA, M.F. Saúde da Família no Brasil: do programa a política. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. P. 27-29. Disponível em: < [https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias\\_saude\\_familia\\_brasil.pdf](https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf)> Acesso em: 08 Nov. 2020.

SOUSA, M.F; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 1325-1335, 2009. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 set. 2020.

STARFIELD, B. Atenção Primária e Saúde. In: STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Tradução de Fidelity Translations. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA JUNIOR, J.E et al. . Interlocuções entre a Declaração de Astana, o Direito à Saúde e a formação em Medicina de Família e Comunidade no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1261-1268, abr. 2020 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000401261&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401261&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 Mar. 2021.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n.3, p. 507-514, abr. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: out. 2020.

UNICEF. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. BRASIL, 1979. **Relatório sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata**, URSS, 6-12 set. 1979. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011\\_por.pdf?sequence=5](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf?sequence=5) Acesso em: set. 2015

VIANA, A.L.D; DAL P.O.Z, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 2, p. 11-48, dez. 1998 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73311998000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311998000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 29 ag. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Declaration of Astana**. Astana: WHO, UNICEF; 2018. Disponível em <gcpnc-declaration.pdf (who.int)>. Acesso em 10 de set. 2020.

## APENDICE A

Quadro 2 - Resumo de propostas do Grupo de Trabalho nº 01 do VI Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica, realizado em 2015

| TEMA DA PROPOSTA        | ESPECIFICIDADES DA PROPOSTA   |
|-------------------------|---|
| <b>GESTÃO DA PNAB</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Fazer um processo descentralizado e ascendente da revisão da PNAB;</li> <li>-Resumir e padronizar uma AB para o Brasil;</li> <li>-Definir uma Carteira de Serviços e uma ambiência mínima para a AB;</li> <li>-Manter os pilares da AB e delegar a operacionalização para a pactuação estadual, regional e local;</li> <li>-Permitir o aumento da flexibilidade conforme a realidade local;</li> <li>-Possibilitar o acesso aos serviços da UBS a considerar a distância da casa e do trabalho ao local de atendimento;</li> <li>-Repensar os parâmetros de população coberta por equipe de AB e ESF;</li> <li>-Aumentar a flexibilidade da carga horária dos diversos profissionais da ESF;</li> <li>-Investir no aumento da resolutividade dos serviços;</li> <li>-Composição das equipes: reconhecer as experiências locais e possibilitar arranjos “modernos”;</li> </ul> |
| <b>FINANCIAMENTO</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Financiar as equipes parametrizadas (tradicionais) com bom desempenho equivalente ao repasse para as equipes da ESF;</li> <li>-Garantir mais autonomia de gasto ao gestor municipal;</li> <li>-Possibilitar o financiamento parcial para equipes incompletas e flexibilizar o prazo de adequação;</li> <li>-Indução financeira para os municípios fazerem a integração ensino-serviço;</li> </ul>   |
| <b>TRABALHO DOS ACS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Repensar o papel e as competências dos ACS nas equipes de AB e na ESF;</li> <li>-Não definir número mínimo de ACS, utilizar critérios epidemiológicos, vulnerabilidades social e econômica;</li> </ul>  |

Fonte: Relatório Final da VI Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica (BRASIL, 2015a)

## APENDICE B

Quadro 3– Resumo do documento “Sínteses de Discussões” do VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica, realizado em 2016.

| <b>TEMA DA PROPOSTA</b>                  | <b>ESPECIFICIDADES DA PROPOSTA</b>   |
|--|--|
| <b>CARTEIRA DE SERVIÇOS DA AB</b>        | Elaborar a Carteira a considerar a ambiência das UBS, as necessidades locais, as equipes multiprofissionais e as PICS  |
| <b>GESTÃO DAS UBS E EQUIPES</b>          | Ampliar as opções de composição das equipes da ESF com equipe mínima (com saúde bucal) e ampliada; estabelecer normativas sobre o vínculo, comunicação e das responsabilidades das equipes; e ampliar os horários de funcionamento das UBS;  |
| <b>GESTÃO DA AB</b>                      | Inserir o monitoramento e a avaliação tripartite, junto à academia, com apoio institucional e EPS, sem caráter punitivo; definir indicadores de saúde de forma tripartite e com participação social, de acordo com os princípios e atributos da AB; estabelecer padrões de resolutividade; fortalecer o apoio institucional; definir ações voltadas a garantia do transporte sanitário; instituir prontuário eletrônico universal e integrado; fortalecer a EPS como eixo da Atenção Básica, através da democratização da gestão; aprimorar os instrumentos de gestão da clínica, de matriciamento, dos protocolos clínicos e de regulação; e fortalecer e ampliar o Telessaúde, Telemedicina, Teleregulação e das Práticas Integrativas e Complementares; |
| <b>INTEGRAÇÃO DA AB COM A VIGILÂNCIA</b> | Vigilância como instrumento de planejamento, monitoramento e avaliação na AB; unificar o trabalho territorial dos ACS e dos ACE em um único Agente de Saúde vinculado às equipes de AB; e agregar ao e-SUS à vigilância à saúde;   |
| <b>FINANCIAMENTO</b>                     | Financiar de acordo com a composição das equipes e serviços ofertados; proporcionar financiamento tripartite para ambiência, infraestrutura física e equipamentos das Unidades, do prontuário eletrônico e para a EPS; incluir o incentivo financeiro por resultados e institucionalização de transferência financeira do PMAQ com aprimoramentos; proporcionar o Requalifica UBS com energia sustentável e renovável; estabelecer planos de carreira para os profissionais da AB com liberação para EPS;  |
| <b>INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO</b>         | Adequar os currículos da saúde para contemplar a EPS; investir na multiprofissionalidade; ampliar os programas de estágio e residência multiprofissional; fomentar ações conjuntas da AB e da Vigilância na integração ensino-serviço na saúde;  |

Fonte: Síntese das Discussões do VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica (BRASIL, 2016a)

