

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

KARLA ADRIANA OLIVEIRA DA COSTA

**POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL: O
PENSAMENTO ABISSAL NA PRODUÇÃO E REPRODUÇÃO DE SABERES E
PRÁTICAS**

**RECIFE
2021**

Karla Adriana Oliveira da Costa

Política pública de atenção básica à saúde no Brasil: o pensamento abissal na
produção e reprodução de saberes e práticas

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em
Saúde Pública, do Instituto de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a
obtenção do grau de doutora em Ciências da
Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Recife

2021

**Catálogo na fonte: Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos
Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz**

- C837p Costa, Karla Adriana Oliveira da.
Política pública de atenção básica à saúde no Brasil: o pensamento abissal na produção e reprodução de saberes e práticas / Karla Adriana Oliveira da Costa. — Recife : [s.n.], 2021.
229 p. : il., graf. ; 30 cm.
- Tese (doutorado) — Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2021.
Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.
Programa de Pós-graduação em Saúde Pública.
1. Política de saúde. 2. Reforma dos Serviços de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Conhecimentos, práticas e atitudes em saúde. 5. Brasil. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Título.

KARLA ADRIANA OLIVEIRA DA COSTA

**POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL: O
PENSAMENTO ABISSAL NA PRODUÇÃO E REPRODUÇÃO DE SABERES E
PRÁTICAS**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública, do Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de doutora em Ciências da Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães

Islândia Maria Carvalho de Sousa
Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães

Camila Pimentel Lopes de Melo
Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães

Júlia Figueredo Benzaquen
Universidade Federal Rural de Pernambuco

João Carlos de Freitas Arriscado Nunes
Centro de Estudos Sociais – Universidade de Coimbra

*À minha família e a todas e todos que comigo
estiveram nesta caminhada. Só foi possível chegar
aqui com/por vocês.*

*“Aos esfarrapados do mundo e aos que neles se
descobrem e, assim descobrindo-se, com eles
sofrem, mas, sobretudo, com eles lutam.”
(Paulo Freire).*

Elza Soares – O Que Se Cala

Douglas Germano

*Mil nações moldaram minha cara
Minha voz, uso pra dizer o que se cala
O meu país é meu lugar de fala
Mil nações moldaram a minha cara
Minha voz, uso pra dizer o que se cala
Ser feliz no vão, no triz
É força que me embala
O meu país é meu lugar de fala
Mil nações moldaram a minha cara
Minha voz, uso pra dizer o que se cala
Ser feliz no vão, no triz
É força que me embala
O meu país é o meu lugar de fala
Pra que separar?
Pra que desunir?
Por que só gritar?
Por que nunca ouvir?
Pra que enganar?
Pra que reprimir?
Por que humilhar?
E tanto mentir?
Pra que negar que ódio é que te abala?
O meu país é meu lugar de fala
O meu país
Mil nações moldaram minha cara
Minha voz, uso pra dizer o que se cala
Ser feliz no vão, no triz
É força que me embala
O meu país é meu lugar de fala*

Pra que explorar?

Pra que destruir?

Por que obrigar?

Por que coagir?

Pra que abusar?

Pra que iludir?

E violentar

Pra nos oprimir?

Pra que sujar o chão da própria sala?

Nosso país, nosso lugar de fala

O meu país é meu lugar de fala

Nosso país, nosso lugar de fala

Nosso país

Nosso lugar de fala

COSTA, Karla Adriana Oliveira da. **Política pública de atenção básica à saúde no Brasil: o pensamento abissal na produção e reprodução de saberes e práticas.** 2021. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2021.

RESUMO

Esta tese visou analisar a política pública de atenção básica no Brasil entre 2016 e 2020 a partir do pensamento abissal. O estudo apresentou abordagem qualitativa analítica crítica com bases epistemológicas nas teorias descoloniais e pós-coloniais e nas Ciências Sociais e Humanas da Saúde. Conforme os sujeitos, foram utilizadas as técnicas de entrevista semiestruturada, de observação assistemática e não participante. Para análise do aspecto referente à pandemia da Covid-19, foi incluída a coleta documental. O trabalho de campo aconteceu entre dezembro de 2019 e março 2020, em Recife, no Ceará, no Distrito Federal e virtualmente, conforme cada sujeito entrevistado. Participaram 17 sujeitos envolvidos na construção, operacionalização, gerenciamento e usufruto da atenção básica no Brasil, representados nas categorias idealizadores, movimento social e intelectual orgânica; profissionais de saúde; gestores; e usuários. A análise dos dados se deu através da análise crítica do discurso. De maneira geral, podemos considerar que, apesar de o pensamento abissal se expressar na atenção básica antes de 2016, a partir desse período, devido às mudanças estruturais de caráter epistemológicas, políticas e ideológicas ocorridas sobre essa política de saúde, as relações de saber, poder e ser se tornaram mais evidentes, em particular no que se referem às inter-relações estabelecidas entre profissional e usuário, intereprofissional, e academia e serviço; à posição que a atenção básica ocupa dentro do SUS; à diversidade de modelos de saúde existentes e seus impactos; à intenção de internacionalizar a atenção básica; à relação colonialidade-capitalismo e saúde; à relação dos setores de saúde público e privado; aos atores em disputa; à disputa pelos níveis de atenção à saúde; e à pouca visibilidade dada à atenção básica diante do cenário pandêmico da Covid-19. Os discursos apontaram que as contrarreformas ocorridas sobre a atenção básica representaram não apenas mudanças de um governo, mas a contínua reprodução da estrutura social, política e epistemológica do Norte Global, que, com base nas faces da colonialidade e abissalidade, se apropria e exclui corpos e grupos. Neste sentido, colocam o desafio sobre um repensar a análise da atenção básica brasileira considerando as hierarquias e formas de controle presentes no sistema mundo moderno/colonial em que vivemos.

Palavras-chave: Atenção básica. Colonialismo. Conhecimentos, práticas e atitudes em saúde. Política de saúde. Reforma dos Serviços de Saúde.

COSTA, Karla Adriana Oliveira da. **Public policy on primary health care in Brazil: the abyssal thinking in the production and reproduction of knowledge and practices.** 2021. Thesis (Doctorate in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2021.

ABSTRACT

This thesis aimed to analyze the Public Policy for Primary Care in Brazil between 2016 and 2020 according to the abyssal thinking. The study presented a critical analytical qualitative approach with epistemological bases in descolonial and post-colonial theories and in the Social and Human Sciences of Health. According to the subjects, semi-structured interview techniques and non-participant and non-systematic observation were used. To analyze the aspect referring to the Covid-19 pandemic, documental collection was included. The fieldwork took place between December 2019 and March 2020 in Recife, Ceará, Distrito Federal and virtually, according to the interviewee. Seventeen subjects involved in the construction, operation, management and use of primary care in Brazil participated, represented, respectively, in the categories: creators, social movement and organic intellectual; Health professionals; managers; and users. The data analysis took place through the Critical Discourse Analysis. In general, we can consider that despite the abyssal thinking expressed in primary care before 2016, from this period onwards due to structural changes of an epistemological, political and ideological nature that occurred in this health policy, the relationships of knowledge, power and being became more evident, in particular with regard to: the interrelationships established between professional and user, interprofessional and Academy and service; the position that primary care occupies within the SUS; the diversity of existing health models and their impacts; the intention to internationalize primary care; the coloniality-capitalism and health relationship; the relationship of the public and private health sectors; to the actors in dispute; the dispute over health care levels; and the little visibility given to primary care in the face of the Covid-19 pandemic scenario. The speeches pointed out that the counter-reforms that took place in primary care represented not only changes in a government, but the continuous reproduction of the social, political and epistemological structure of the Global North, which, based on the faces of coloniality and abyssality, appropriates and excludes bodies and groups. In this sense, they pose the challenge of rethink analysis Brazilian primary care, considering the hierarchies and forms of control present in the modern/colonial world system in which we live.

Keywords: Primary Care. Colonialism. Knowledge, practices and attitudes in health. Health policy. Health Services Reform.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Medidas legais e normativas referentes à atenção básica no período de janeiro de 2019 a agosto de 2020	48
Quadro 2 – Atenção Primária à Saúde no SUS: desafios e estratégias para enfrentamento	53
Quadro 3 – Características das/os sujeitos da pesquisa e do trabalho de campo	97
Figura 1 – Concepção tridimensional do discurso.....	103
Quadro 4 – Modelo analítico crítico da pesquisa.....	105
Figura 2 – Matriz metodológica para estudos descoloniais.....	106
Quadro 5 – Número de vezes e título da matéria em que os termos “atenção básica”, “atenção primária”, “unidade/centro/posto de saúde” ou “agente comunitário de saúde” foram mencionados no período de março a agosto de 2020	170
Figura 3 – Matriz descolonial/pós-abissal de análise da atenção básica	181

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrato	Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais
Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABS	Atenção Básica à Saúde
AB	Atenção básica
AC	Análise crítica
ACD	Análise crítica do discurso
ACE	Agente de combate à endemia
ACS	Agente comunitário de saúde
Adaps	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
Anaids	Articulação Nacional de AIDS
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção primária à saúde
CaSAPS	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Conacs	Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CNM	Confederação Nacional de Municípios
CUS	Cobertura universal de saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
eAP	Equipe de atenção primária
eSF	Equipe de saúde da família
EC	Emenda constitucional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPI	Equipamento de proteção individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FenaSaúde	Federação Nacional de Saúde Suplementar
FIES	Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior

Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FNE	Federação Nacional de Enfermagem
FNCPS	Frente Nacional Contra à Privatização da Saúde
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MAC	Média e alta complexidade
M/C	Modernidade e colonialidade
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MNPR	Movimento Nacional da População de Rua
MPB	Médicos Pelo Brasil
MS	Ministério da Saúde
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OS	Organização Social
PAB	Piso da atenção básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PET-Saúde	Programa de Educação para o Trabalho em Saúde
PICS	Práticas integrativas e complementares de saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEP-SUS	Política Nacional de Educação Popular de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PSL	Partido Social Liberal
Prouni	Programa Universidade para Todos
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PT	Partido dos Trabalhadores
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAPS	Secretária de Atenção Primária à Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDS	Teoria do discurso social
UBS	Unidade básica de saúde
UHC	Universal Health Coverage
Unicef	Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de saúde da família

SUMÁRIO

1 DA POSIÇÃO DA AUTORA E DELIMITAÇÃO DO TEMA.....	15
2 OBJETIVOS DO ESTUDO.....	21
2.1 Objetivo geral.....	21
2.2 Objetivos específicos.....	21
3 PERGUNTAS NORTEADORAS.....	22
4 REFERENCIAIS TEÓRICOS.....	23
4.1 A POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNDO E DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL: CONSTRUÇÕES E PARADOXOS	23
4.1.1 O primeiro nível de atenção à saúde no mundo: construção de uma narrativa hegemônica.....	23
4.1.2 Bases políticas e epistêmicas da atenção básica à saúde no Brasil.....	28
4.2 A POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DIANTE DO CENÁRIO POLÍTICO-IDEOLÓGICO DO BRASIL ENTRE 2016 E 2020.....	35
4.2.1 Cenário político-ideológico do Brasil entre 2016 e 2020.....	35
4.2.2 Reflexos do atual cenário sobre a política pública de saúde no Brasil.....	38
4.2.3 A atenção básica à saúde no Brasil: a bola da vez.....	45
4.2.3.1 Programa “Saúde na Hora”: reforma do acesso na APS.....	53
4.2.3.2 Programa “Médicos pelo Brasil” (MPB): provimento e formação de médicos de família e comunidade e incentivos financeiros às residências profissionais em APS.....	54
4.2.3.3 Programa “Previne Brasil”: reforma do financiamento da APS.....	56
4.2.3.4 Fortalecimento da clínica e ampliação do escopo profissional: Carteira de Serviços da APS.....	59
4.3 ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE COLETIVA: ABISSAL E/OU DESCOLONIAL?...62	62
4.3.1 Teorias de colonialidades: conhecer para ir além.....	62
4.3.2 Os pensamentos pós-abissais e descoloniais: horizontes possíveis.....	72
4.3.3 Saúde coletiva e atenção básica: entre o abissal e o descolonial.....	77
4.4 A INVISIBILIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA PERANTE A PANDEMIA DA COVID-19.....	85
5 PERCURSO METODOLÓGICO.....	94

5.1 DESENHO DO ESTUDO.....	94
5.2 TEMPO E ESPAÇO DO ESTUDO	95
5.3 TRABALHO DE CAMPO E SUJEITOS DO ESTUDO	95
5.4 TÉCNICAS METODOLÓGICAS	98
5.5 PERCURSO DA ANÁLISE.....	100
5.5.1 Análise crítica do discurso.....	100
5.6 MATRIZ ANALÍTICA DESCOLONIAL/ PÓS-ABISSAL.....	105
5.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	107
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	108
6.1 AS RELAÇÕES DE SABER PRESENTES NA ATENÇÃO BÁSICA	108
6.2 OS MODELOS EM DISPUTA NA ATENÇÃO BÁSICA BRASILEIRA	135
6.3 AS RELAÇÕES DE PODER QUE PERPASSAM E CONSTROEM A ATENÇÃO BÁSICA	150
6.4 MATRIZ PÓS-ABISSAL/DESCOLONIAL DE ANÁLISE DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL	176
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	182
REFERÊNCIAS.....	186
APÊNDICE A – ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO	224
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	225
ANEXO A – ATA RESUMIDA CNS	227
ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DO CNS	228
ANEXO C – PARECER DO CEP/IAM.....	229

1 DA POSIÇÃO DA AUTORA E DELIMITAÇÃO DO TEMA

Chego a esta etapa depois de uma década dedicada à atenção básica. Meu envolvimento com SUS, e precisamente com a atenção básica, que se faz na academia, na militância e na vida laboral, procura, por um lado, denunciar um projeto de poder que tem, ao longo de muitas décadas, visado desestruturar política, econômica e socialmente não apenas a política pública em si, mas, sobretudo, o seu fazer e sua ação social; por outro, tenta colaborar para fortalecer os princípios norteadores dessa política social – participação social, universalidade, integralidade, equidade –, ressaltando o valor da atenção básica como projeto político, social e ideológico.

Quanto ao recorte temporal (2016-2020), a escolha se deu em decorrência das consequências dos acontecimentos políticos – golpe de 2016 e governo de Jair Bolsonaro – no período. Desde então, a situação, que já não era fácil para o povo brasileiro, se agravou diariamente, pois, devido à submissão desses governos ao mercado e ao capital, alinhados aos princípios neoliberais, passamos a viver dias tristes e amargos com o aprofundamento do desemprego, da fome e das desigualdades sociais, acrescidos do discurso de ódio e de intolerância.

Entendo que, apesar de ocupar um espaço periférico – mulher negra e nordestina – na estrutura social, minha posição de acadêmica em um programa de doutorado em uma instituição pública e gratuita que contribuiu e contribui para a formulação do SUS é um lugar de privilégio, e isso só acresce à minha história um compromisso com o meu povo. Por isso, a academia representa não apenas a possibilidade de produção científica “academicista” para engrandecimento curricular, mas, sobretudo, um espaço de produção científica política e socialmente comprometida, ou seja, para denunciar e contestar práticas e para legitimar outras.

Como parte deste pensamento, de modo a tentar romper com as relações de poder e perspectivas positivistas geralmente presentes no contexto acadêmico, tentei trabalhar a partir de um “conhecimento situado” (HARAWAY, 1988) e, portanto, parcial, limitado e comprometido, em que desafio dicotomias tais como prática/teoria, subjetividade/objetividade, razão/emoção, etc. ao incorporar minhas emoções, posições, interesses e sentimentos.

E, por falar em sentimentos, a base conceitual principal desta investigação não foi livre de angústia. Utilizar as teorias descoloniais e pós-abissais – em especial esta

última, na escolha da escola de Portugal – foi uma contradição a ser enfrentada. O fato de vir de Portugal, país colono e invasor de nossas terras, nosso povo e nossa história, causou em mim muitas incertezas. Mas, como parte do processo de ressignificação, e percebendo que o grupo ao qual me vinculei teoricamente conversa com autoras/es e atoras/es do Sul Global e procura, junto com, na medida do possível, contribuir para amenizar essa dívida histórica, acreditei que, depois de um processo de negação, fazia sentido tal escolha e que eu não estava me aliando aos meus colonizadores.

Assim, a partir das palavras de Paulo Freire, justifico e reafirmo esta tese:

A neutralidade frente ao mundo, frente ao histórico, frente aos valores, reflete apenas o medo que se tem de revelar o compromisso. Este medo quase sempre resulta de um ‘compromisso’ contra os homens, contra sua humanização, por parte dos que se dizem neutros. Estão comprometidos consigo mesmos, com seus interesses ou com os interesses dos grupos aos quais pertencem. E como este não é um compromisso verdadeiro, assumem a neutralidade impossível. O verdadeiro compromisso é a solidariedade [...] (FREIRE, 2018, p. 23).

Por uma nova sociedade que, sendo sujeito de si mesma, tivesse no homem e no povo e sujeito de sua história. Opção por uma sociedade parcialmente independente ou opção por uma sociedade que se “descolonizasse” cada vez mais. Que cada vez cortasse as correntes que a faziam e fazem permanecer como objeto de outras, que lhe são sujeitos. (FREIRE, 1967, p. 36).

Posta tais considerações que ajudam a clarear o envolvimento com esta tese, partimos agora da dicotomia em torno dos termos atenção primária à saúde (APS) e atenção básica à saúde (ABS), ou simplesmente atenção básica (AB), ora vistos como sinônimos, ora em contraposição (CAMPOS, 2009; GIL, 2006; GIOVANELLA, 2018). A adoção do termo atenção básica no Brasil se deu como uma opção de ruptura do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) ao discurso e à práticas reducionistas, fundamentados em análises de custo-eficácia, presentes na ideia de atenção primária (seletiva) estabelecida como hegemônica desde os fins dos anos 1980 pelo Banco Mundial, Fundação Rockefeller, Fundação Ford, Fundo Monetário Internacional, Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Internacional do Canadá, Agência Internacional para o Desenvolvimento dos Estados Unidos da América (EUA) (MELLO; FONTANELLA; PIVA, 2009). Com base nisso, neste trabalho, adotamos como demarcação política, epistemológica e ideológica o uso do termo atenção básica, revelando que, por detrás

da questão terminológica, existe uma disputa de poder e de modelos de atenção à saúde no Brasil e no mundo.

O segundo aspecto que interessa mencionar é o contexto da investigação. O objeto-espaco-tempo da tese foi a política pública de atenção básica à saúde no Brasil no período de agosto de 2016 a agosto de 2020. Dividimo-lo em duas partes: contexto político e ideológico do Brasil e contexto da política de saúde. O primeiro, representado pelo golpe de 2016, que culminou com a posse de Michel Temer e a presidência de Jair Bolsonaro em 2019, representantes da direita e extrema-direita da política brasileira, onde, por meio de uma política de caráter reacionária e conservadora, promoveram uma série de retirada de direitos sociais nas áreas da educação, trabalho, habitação, saúde, etc. E as políticas de saúde, nomeadamente a política de atenção básica, como consequência do contexto anterior, foi atingida com uma série de mudanças/reformas que desestruturam muitas das construções e conquistas sociais até então percorridas no âmbito do SUS.

A atenção básica constitui a base do sistema de saúde brasileiro devido, dentre vários aspectos, a sua alta capacidade resolutiva e ao seu caráter sobretudo territorial, contribuindo tanto para o alcance de melhores indicadores nos cuidados em saúde quanto para o alcance de maior equidade, integralidade e continuidade da atenção. Devido a estas características, se por um lado, este nível de atenção é defendido pelos atores mais à esquerda como um dos mais importantes instrumentos de luta e efetivação da universalização da saúde, expressando-se no sistema de saúde como a melhor forma de construção e alcance de uma justiça social (CARNUT; MENDES, 2020a). Por outro, tenta ser apropriado por forças políticas e econômicas capitalistas, fazendo com que as políticas públicas que garantem direitos sociais sejam alvo de desmonte (BOSCHETTI, 2018). Assim, a percepção sobre a atenção básica varia de acordo com os interesses em voga, com os atores em disputa e com o projeto de sociedade almejado, levando a diferentes interpretações que ampliam ou reduzem as possibilidades da atenção básica como política de saúde e como direito social.

Desde 2016, o Brasil tem vivenciado um momento oportuno para repensar, indagar e defender a atenção básica, devido às contrarreformas ocorridas sobre ela, ou seja, pelas medidas de reformatação das reformas advindas do movimento sanitário e dos quase trinta anos da AB, não apenas burocraticamente e institucionalmente, mas sobretudo do ponto de vista político, ideológico, epistêmico (BEHRING, 2003).

O caráter neofascista, autocrático, necropolítico e neocolonial adotado pelo Governo brasileiro, nos leva a refletir sobre o porquê do acentuado ataque à atenção básica desde 2016. A nossa proposta é que a tentativa de reflexão deva ir além das conjunturas políticas e econômicas geradas principalmente após o golpe, mas sugerimos fazer a leitura do cenário a partir de uma perspectiva ainda mais profunda, associar tais contrarreformas a uma herança colonial ou aos aspectos de colonialidades.

Apesar do fim do colonialismo no seu aspecto jurídico-administrativo, a nossa estrutura social tem como base histórica as perspectivas eurocêntricas e coloniais de modernidade, que, através de novos arranjos, são compostas pelas faces da colonialidade do poder, do saber e do ser (MALDONATO-TORRES, 2008a; MIGNOLO, 2004; QUIJANO, 1992). As relações coloniais contemporâneas não se limitam ao domínio econômico-político dos centros sobre as periferias (para além da geografia), mas estendem-se às dimensões epistêmicas e culturais (BENZAQUEN, 2012). Estas formas de domínio, por sua vez, estruturam aquilo que Santos (2007) vai denominar de “pensamento abissal”, caracterizado por lógicas de apropriação/violência/segregação expressas, por exemplo, através do fascismo territorial, social, epistemológico e da ciência moderna.

Na saúde, a reflexão pelo olhar das perspectivas pós-coloniais e de colonialidades se faz necessária quer no nível epistêmico, ou seja, questionando a verdade universal de que a biomedicina é um saber único e soberano; quer no nível de poder, combatendo as narrativas e práticas de controle e domesticação do corpo e da vida do outro e da sociedade; quer no nível ontológico, rompendo com a subjugação do ser, de seus sentidos e valores.

Portanto, olhar para a atenção básica por esses olhos é ir além da política pública em si, mas é compreender o que e quem ela representa, para, com isso, perceber as razões de sua tentativa de desmonte. Assim, pensamos que ler a saúde pública e a atenção básica neste sentido, pode ajudar em compreender os processos históricos como instrumentos processuais de crítica e com isso aprofundar o entendimento sobre as contradições e os retrocessos oriundos da inserção do sistema mundo colonial-imperialista-capitalista (FERREIRA, 2014).

Dito isto, esta pesquisa parte de dois pressupostos. O primeiro é o de que a atenção básica brasileira foi pensada inicialmente na tentativa de romper com a lógica de pensamento de produção de saúde majoritariamente eurocêntrico, colonial e

capitalista de cuidado, podendo ser interpretada do ponto de vista da atenção à saúde, como uma tentativa de ampliar as possibilidades de uma saúde pública para todos e de descolonização da saúde brasileira. Entende-se aqui que descolonizar é colocar-se contra as diferentes formas de dominação existentes a partir de lógicas de pensar, ser e agir que vão de encontro à perspectiva eurocêntrica e/ou do Norte Global de conhecimento e produção de saúde. O segundo pressuposto é o de que, desde 2016, esse nível de atenção tem sido fortemente tomado, na sua condução, reflexão e produção, por uma lógica dominante/colonizante/capitalista, ou seja, um pensamento abissal de exclusão, violência institucional e estrutural com o outro que não seja os moldes do homem heterossexual/branco/patriarcal/capitalista/europeu (GROSFOGUEL, 2008), existindo o reforço do neoliberalismo, do modelo biomédico, do conservadorismo e da perspectiva utilitarista da saúde.

Esta tese está dividida por esta seção inicial, da qual constam os aspectos referentes à delimitação do tema, a posição da autora e à estruturação do trabalho.

Em seguida podem ser encontrados os objetivos (geral e específicos) da pesquisa e as perguntas norteadoras.

Iniciamos a parte teórica com uma breve construção histórica e os paradoxos em torno da atenção primária no mundo e da atenção básica no Brasil, presentes na seção um do referencial teórico. Na seção dois, adentramos no cenário político e ideológico do Brasil entre 2016 e 2020 e seus reflexos políticos, ideológicos e normativos sobre a política pública de atenção básica. Considerando as bases epistemológicas adotadas nesta tese, a seção três do referencial teórico aborda alguns marcos conceituais das teorias pós-coloniais e descoloniais, tais como: pensamento abissal; colonialidades; colonialismo interno; pensamento pós-abissal; descolonialidades. Nessa mesma seção, são refletidas as interseções entre a saúde coletiva e a atenção básica à luz de tais teorias. Por fim, na seção quatro, não podendo desconsiderar o cenário pandêmico em que esta tese esteve inserida em seu momento final, lançamos uma provocação e debate sobre a relação da atenção básica com a pandemia da Covid-19.

Em seguimento à composição da pesquisa, a próxima parte da tese contempla o percurso metodológico utilizado para alcançar os objetivos, sendo formado por sete seções: desenho do estudo; tempo e espaço da pesquisa; trabalho de campo e sujeitos; técnicas metodológicas; percurso da análise; matriz; e aspectos éticos.

Os resultados e discussões desta tese está dividido em quatro seções, visando responder o objetivo geral e as questões que nortearam este estudo. Ainda nessa seção, foi apresentada uma proposta de análise da atenção básica para investigações futuras, através da construção de uma matriz de análise da AB.

Encerrando esse processo, são apresentadas as considerações finais através das reflexões encontradas a partir das perguntas e objetivos; os limites da pesquisa; as potencialidades; e as perguntas por fazer, para que contribua com futuras investigações.

Diante do exposto, longe de querer traçar uma teoria universal, tendo em vista que numa situação de bifurcação, conforme diz Prigogine (1997), a diversidade de experiências sociais não pode ser explicada adequadamente por uma teoria geral, e fugindo da razão indolente, que é impotente, arrogante, metonímica e proléptica (SANTOS, 2002), foi definido como tema desta tese Política pública de atenção básica à saúde no brasil: o pensamento abissal na produção e reprodução de saberes e práticas.

Esta se constitui como um dos requisitos exigidos pelo Curso de Doutorado em Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de doutora em Ciências da Saúde.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 Objetivo geral

Analisar o pensamento abissal que perpassou a política pública de atenção básica à saúde no Brasil de 2016 a 2020.

2.2 Objetivos específicos

1- Identificar as concepções e os saberes que orientaram a atenção básica à saúde no Brasil no período de 2016 a 2020.

2- Compreender os modelos em disputa na atenção básica à saúde no período de 2016 a 2020.

3- Analisar as relações de poder presentes na atenção básica à saúde no Brasil no período de 2016 a 2020.

4- Propor uma matriz pós-abissal/descolonial de análise da atenção básica à saúde no Brasil.

3 PERGUNTAS NORTEADORAS

1) Como se expressou o pensamento abissal sobre e na atenção básica à saúde entre 2016 e 2020?

2) Como as faces da colonialidade se relacionaram com a atenção básica à saúde entre 2016 e 2020?

3) É possível refletir sobre um direcionamento pós-abissal e descolonial para a atenção básica à saúde no Brasil?

4 REFERENCIAIS TEÓRICOS

Neste estudo, vários autores foram revisitados em busca de um referencial que norteasse a discussão do presente estudo. A primeira seção focou na construção da atenção primária a saúde no mundo (APS) e da atenção básica à saúde (AB) no Brasil, tendo em vista que este nível de atenção além de ser um importante campo de conhecimento da saúde coletiva e possuir centralidade na construção teórica e prática sobre a organização de sistemas de saúde universais, é o objeto de estudo desta tese.

Em seguida, tendo em conta o cenário político-ideológico brasileiro entre os anos de 2016 e 2020, buscou-se resgatar os principais reflexos do cenário sobre a política pública de atenção básica no Brasil, por meio do debate com algumas medidas normativas dos governos em questão.

No terceiro ponto, foram apresentados e revisitados os principais conceitos sobre as teorias pós-coloniais e descoloniais para embasar teoricamente as análises do estudo.

E por fim, na seção quatro, considerando o contexto da pandemia da Covid-19 no mundo, tentamos levantar algumas indagações de como a atenção básica no Brasil foi conduzida nos primeiros seis meses da doença.

4.1 A POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNDO E DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL: CONSTRUÇÕES E PARADOXOS

Importa conhecermos os processos de construções históricas e epistemológicas da atenção primária no mundo e da atenção básica no Brasil para entendermos melhor as bases políticas e epistêmicas da atenção básica a partir da construção de uma narrativa de atenção primária mundial.

4.1.1 O primeiro nível de atenção à saúde no mundo: construção de uma narrativa hegemônica

Resgatando a literatura internacional sobre a atenção primária à saúde, vemos que a própria gênese do termo não é consensual. Alguns autores afirmam que foi o relatório Dawson, elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido, em 1920, o primeiro documento a utilizar o conceito “atenção primária à saúde” numa perspectiva regionalizada e hierarquizada por níveis de complexidade (MENEGETTI, 2011;

UNITED KINGDOM, 1920). Já Cueto (2004) aponta que foi durante as décadas finais da Guerra Fria que surgiu o conceito, em contraponto à abordagem vertical de saúde usada na erradicação da malária – com a utilização do inseticida DDT – pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e agências norte-americanas, no final da década de 1950.

No entanto, já existiam diversas vivências de serviços e ações de cuidados aos indivíduos e comunidades não nomeados como APS. Alguns exemplos são a União Soviética, no período da Revolução Russa de 1917, com a criação do Comissariado do Povo de Saúde Pública “*Narkomzdrav*”, em que foram utilizados serviços médicos preventivos e curativos associados às medidas de proteção social e de controle de doenças infectocontagiosas (FRENK; GONZÁLEZ-BLOCK; ALVAREZ-MANILLA, 1990); a experiência, iniciada em 1937, nos países do Extremo Oriente sobre higiene rural (CUETO, 2004); a atenção primária orientada à comunidade, no início da década de 1940, com a implantação de centros de saúde nas áreas rurais no interior da África do Sul, em que um grupo multidisciplinar desenvolvia uma nova prática de medicina social unindo a clínica à epidemiologia (BIRN; KREMENTSOV, 2018); em Cuba, onde, após a Revolução (1953-1959), foi elaborado um sistema com serviços de saúde organizados próximos ao local de moradia, o Servicio Médico Social Rural (KARK, 1981); na China comunista, durante a Revolução Cultural (1964-1974), quando equipes de médicos foram enviadas para regiões rurais a fim de treinar líderes comunitários que viriam a ser os médicos “pés-descalços”¹, atuando tanto na assistência quanto na prevenção, associando a medicina ocidental e a tradicional (CRUZ *et al.*, 2014).

Mas foi a partir de 1978 que o debate sobre a APS tornou-se institucionalizado e sistematizado mundialmente devido à I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde no Cazaquistão – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas –, promovida pela OMS e seus países membros, quando foi formulada a Declaração de Alma-Ata e lançada a campanha Saúde para Todos até o ano 2000.

Vale fazer um parêntese para mencionar que a história dessa conferência é quase sempre contada com base em documentação produzida no Ocidente e em inglês, sem considerar a disputa de narrativas entre a OMS e especialmente alguns países como a Austrália, o Canadá, a França e a Alemanha Ocidental com a URSS

¹ Pessoas comuns que foram treinadas para atuar como agentes de saúde a fim de cuidar, orientar e tratar de doenças comuns, em especial na zona rural.

desde maio de 1974, quando foi proposta na Assembleia Mundial da Saúde. Esses dois blocos de poder foram amplamente divergentes sobre o papel do Estado; a referência à pobreza e à ação comunitária; a necessidade de se estabelecer uma definição geral que coubesse em realidades muito distintas (CANTILLANO, 1983; CUETO, 2004). Parece que o que estava em jogo na Declaração de Alma-Ata era a oposição entre alguns países de primeiro mundo com um viés capitalista e uma perspectiva econômica sobre a saúde e o campo dos países do Terceiro Mundo e do bloco comunista (Segundo Mundo) com um olhar mais abrangente sobre o processo de cuidado. Nesse sentido, para entendermos as disputas em relação à concepção de APS, sua abrangência e seus desdobramentos, é fundamental considerarmos a estruturação dos poderes mundiais da época.

A conferência é considerada até hoje um marco para a história da saúde pública, tendo em conta que cunhou o conceito de “cuidados primários de saúde”:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento [...]. Fazem 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. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978, p. 1-2).

A abrangência desse conceito, de perspectiva marxista, da promoção da saúde, ou seja, com vistas à vida e ao trabalho, se aproximou do que seriam os fatores de determinação social do processo saúde-doença. Contudo, como distorção proposital do conceito para aproximação ao olhar biomédico e do capitalismo global, foi dada ênfase à compreensão de saúde como ausência de doença oriunda da Medicina Social Francesa, e sugeriu-se que seriam mais importantes para tal saúde visões fragmentadas do corpo humano (MENDES, 2018).

Nesse sentido, a abrangência do conceito, ao mesmo tempo que caracterizou um legado, também foi alvo de críticas relativas a sua viabilidade. Desta forma, justificada nessas críticas e pela necessidade de restrição dos gastos públicos devido à crise econômica, as ideias de uma saúde destinada a todos de maneira ampla e

integral passaram a ser descritas como irrealistas e utópicas, trazendo à tona visões de uma medicina simplificada dirigida para populações pobres, o que Mário Testa (1992) chamou de “atenção primitiva”.

Ancorada nesse discurso, sob a liderança de instituições como o Banco Mundial, a Fundação Rockefeller, a Fundação Ford, o Fundo Monetário Internacional, a Unicef, o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Internacional do Canadá, a Agência Internacional para o Desenvolvimento dos EUA, a Fundação Kellogg, realizou-se em 1979 uma reunião (na Itália) em que foi apresentado o conceito de “atenção primária seletiva”, que virou sinônimo de “atenção primária”, fundamentado em análises de custo-eficácia. Essa designação, na prática, tinha como objetivo lançar aos países em desenvolvimento a adoção de programas verticais não relacionados com as determinações sociais da saúde, como moradia, renda, saneamento, alimentação, etc. Neste sentido, as instituições passam a proclamar medidas paliativas resumidas pela sigla GOBI: monitoração do crescimento de crianças (*growth monitoring*); uso de técnicas para reidratação oral (*oral rehydration*); promoção do aleitamento materno (*breast-feeding*); imunização (*immunization*) (BANCO MUNDIAL, 1995; BROWN; CUETO; FEE, 2006). Cabe frisar que esse contexto coincide com o rescaldo da II Guerra Mundial e dos vários processos de independência de países do continente africano, mas também, na sequência, de várias crises econômicas na Europa, e que se expressam numa vontade explícita (que nunca deixou de existir) de manter o controle colonial sobre o Sul Global.

Nas décadas de 1980 e 1990, essa concepção seletiva e restrita da atenção primária passou a ser hegemônica, financiada e propagandeada pelos países do Norte Global. Sobre a lógica neoliberal de projetos de apoio aos países pobres, fazia-se de uma estrutura de saúde simplificada e de baixo custo o protótipo do sistema de saúde ideal. Nesse cenário, a vertente econômica da saúde prevaleceu em detrimento da sua função social na agenda dos organismos de cooperação internacional. O Banco Mundial defende, no relatório “Investindo em Saúde”, de 1993, por exemplo, as cestas básicas de serviços de saúde: o setor público deveria prover um conjunto mínimo essencial de serviços aos que não pudessem arcar individualmente com os gastos em saúde, enquanto aqueles que pudessem se autofinanciar deveriam ser cobertos com seguros privados (BANCO MUNDIAL, 1993).

Nesta lógica, na década seguinte, em conjunto com a OMS e a Unicef, foi lançado um “novo universalismo”, chamado Cobertura Universal de Saúde (CUS)

(*Universal Health Coverage – UHC*), proposto oficialmente em 2005 no Relatório da 58ª Assembleia Geral da OMS, a partir da ideia de sustentabilidade dos governos nacionais. Sobre o relatório, Noronha (2013, p. 848) comenta:

Nele tem início a transformação semiótica do direito à saúde e do acesso universal e igualitário aos cuidados de saúde para o conceito de ‘cobertura universal’ indelevelmente associado à ‘proteção do risco financeiro’ e à busca de mecanismos alternativos de financiamento setorial.

O termo “cobertura universal de saúde”, que *a priori* parece compatível com a universalidade de acesso, na verdade não tem “cobertura” e “acesso” como sinônimos. A primeira está relacionada à dimensão e à prestação de medidas sanitárias, sejam elas públicas ou privadas, gratuitas ou não; segmenta a população de acordo com o seu poder aquisitivo e, conseqüentemente, divide a oferta de serviços conforme as classes sociais. Já o acesso refere-se mais que à simples utilização dos serviços de saúde: relaciona-se à justiça social, ou seja, uma distribuição igualitária de recursos sociais, dentre eles a saúde. Então, dizer que a população está coberta não quer dizer que todos conseguem alcançar os mesmos serviços. Desta forma, a proposta questiona a dimensão do direito à saúde tanto no que tange à possibilidade de uso do sistema de saúde de acordo com as necessidades individuais e coletivas quanto referente a ser pública e gratuita para todos (NORONHA, 2013).

A sua adoção como direcionamento aos sistemas de saúde foi recomendada em 2010 pela OMS no relatório mundial da saúde “Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal da saúde”, a partir da ideia de racionamento de gastos:

Os países que adotem as políticas corretas podem melhorar significativamente a cobertura de serviços e a proteção contra risco financeiro para qualquer nível de gastos [...]. Como indica o subtítulo, coloca-se firmemente a ênfase no caminho para a cobertura universal, um objetivo atualmente no centro dos debates sobre prestação de serviços de saúde [...] (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010, iv, tradução nossa).

Tal adoção foi reafirmada em 2018 na Conferência Global sobre Cuidados Primários de Saúde, em Astana (Cazaquistão), que pretende redesenhar o modelo de cuidado da APS a partir da CUS. Sobre esse evento, em alusão aos 40 anos de Alma-Ata, Ruiz e Martufí (2020, não paginado) apontam: “[...] a proposta de Cobertura Universal em Saúde [...] restringe a Atenção Primária à Saúde à provisão de pacotes

de serviços básicos diferenciados conforme extrato social.” Nesta proposta, a concepção restrita da APS se torna possibilidade de garantir eficiência, na linguagem neoliberal, para os sistemas de saúde dos países periféricos (VASCONCELOS *et al.*, 2017). A CUS parece, portanto, ser o aprofundamento disfarçado da ideia de um sistema de saúde “pobre” para “pobres” por meio da focalização da política. Sobre esse ponto de vista, estudos realizados no México apontam a existência da utilização do seguro popular de saúde com o objetivo reduzir as lacunas de cobertura, concentrando-se em grupos pobres e marginalizados; no entanto, os serviços oferecidos são limitados, com menor variedade de diagnósticos e tratamentos médicos, menor número de consultas, de atendimentos de urgência e menor variedade de medicamentos (KRASNIAK *et al.*, 2019). No Vietnã, quase todas as pessoas pobres são cobertas por algum tipo de seguro ou proteção de saúde, mas a qualidade dos cuidados que recebem nos centros de saúde do governo ou a variedade de especialidades médicas ofertadas pelos planos é inadequadas (FRENK; GÓMEZ-DANTÉS; KNAUL, 2009).

Mediante o exposto, identificam-se duas interpretações que ampliam ou reduzem as possibilidades da atenção primária à saúde: 1) compreendida de forma ampla, referente à qualidade e quantidade dos serviços prestados e à sua capacidade de ser ordenadora da rede de atenção, e universal; 2) concebida como programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços, baixa densidade tecnológica e baixo custo, destinada a populações e regiões pobres (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Essas variações de concepções indicam a existência de uma disputa do social com o capital. E é nesta mesma disputa de poder e discurso sobre a saúde, lançada no cenário mundial, que a política de saúde brasileira se insere.

4.1.2 Bases políticas e epistêmicas da atenção básica à saúde no Brasil

No Brasil, desde os anos 1970, estavam sendo formados os movimentos pela redemocratização do País no contexto da luta contra a ditadura militar (1964-1985). O MRSB, composto por diversos atores, tinha como objetivo garantir saúde para todos como dever do Estado através da reforma sanitária. Buscava mudanças não apenas nos serviços de saúde, mas no campo como um todo, vislumbrando uma nova forma de fazer e pensar saúde nos moldes democrático-participativos, culminando com o alcance do Sistema Único de Saúde.

No entanto, desde a década 1960, era possível identificar discursos e proposições, conflituosas e contraditórias, que buscavam repensar os modelos vigentes de atenção à saúde, a exemplo da III Conferência Nacional de Saúde (1963), quando já eram expressas insatisfações especialmente em relação à centralização, à dicotomia entre assistência médica e áreas preventivas, à fragilidade do sistema em enfrentar os problemas de saúde da população. Com isso, começaram a surgir propostas que buscavam ultrapassar o problema de saúde a partir de uma racionalidade puramente técnica, mas com vistas a construir um novo modelo, que fosse mais democrático e socialmente inclusivo (FAUSTO; MATTA, 2007).

Seguindo esse pensamento, no fim dos anos 1970, de forma pontual e fragmentada, alguns municípios (Campinas, Londrina, Niterói, São Paulo, Vitória de Santo Antão, com o projeto PIASS e o projeto Montes Claros) começaram a organizar seus sistemas locais de saúde a partir da preocupação com a extensão da cobertura de saúde, sobretudo nas áreas urbanas, associando-a a ações que viriam a se aproximar do que seria a atenção básica. No entanto, as medidas de expansão da cobertura dos serviços de saúde, com o Programa de Interiorização das áreas de Saúde em 1978, o Programa de Saneamento e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde em 1981, não foram suficientes e, associadas à crise da previdência social, marcaram o início da reforma do sistema por meio de medidas institucionais ao longo dessa década. Naquele período, cabe frisar, o papel do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (1977), órgão governamental, era de prestador da assistência médica por meio da compra de serviços médico-hospitalares e especializados do setor privado, utilizando o modelo assistencial hospitalocêntrico e curativista – importantes aspectos para o futuro do SUS (FAUSTO; MATTA, 2007).

Os anos de 1980 foram decisivos para a saúde pública brasileira, pois, como já é largamente documentado na literatura, foi nessa década, com o fim do período militar, que as reivindicações por melhores condições de vida tomaram impulso. Neste sentido, em 1982, foi implementado o Programa de Ações Integradas de Saúde, com ênfase à atenção primária, sendo a rede ambulatorial pensada como a “porta de entrada” do sistema. A partir de então, o MRSB ganhou força com as pautas de democracia, direitos sociais e cidadania, culminando, em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, em que mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil.

Já em consequência, no ano seguinte, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, antecessor imediato do SUS – este, criado em 1990, pelas Leis Orgânicas da Saúde. Esse foi um momento decisivo para a história da saúde brasileira, pois, além de modificar a forma segundo a qual a saúde estava posta como política, também alterou a concepção sobre saúde (PORTAL DA REFORMA SANITÁRIA, 2021). Neste sentido, a reforma sanitária, visando romper com o modelo de saúde hegemônico, caminhou da assistência médica para uma concepção que se aproximava do estado de bem-estar social, colocando na ordem do dia os então determinantes sociais da saúde, ampliando o processo saúde-doença para além do indivíduo e da cura.

No entanto, a amplitude da agenda do MRSB preteriu, em alguma medida, a atenção básica da discussão, apesar de não ser possível a existência da AB se não fosse o seu entrelaçamento com o campo da saúde coletiva brasileira, uma vez que o campo e a área se constituem mutuamente, já que o foco do momento era a descentralização e o financiamento, que favorecia as ações hospitalares – ficando as ações preventivas, na qual a AB se incluía, sob uma lógica sanitária campanhista. Com isso, ela passou a ser tratada como mais um dos aspectos importantes da reforma, e não como estratégia para ampliação da cobertura do sistema público de saúde. Apesar disso, no Brasil, não se questionava o valor da atenção básica no conjunto das ações e serviços de saúde. Nesta perspectiva, a atenção básica, defendida e garantida no texto da Constituição Federal de 1988, foi pensada com base em princípios norteadores do SUS: universalidade, equidade, integralidade e participação popular (FAUSTO; MATTA, 2007).

A política de atenção básica foi representada inicialmente pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), de 1991, primeiro programa no âmbito de atenção básica nacional, composto por agentes comunitários de saúde (ACS) e enfermeira-supervisora, tendo como alvo principal a saúde materna-infantil. Em seguida, foi lançado o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, considerado uma possibilidade de reformulação do modelo assistencial pelo seu potencial de trabalhar a partir de um território definido, por meio de uma equipe multiprofissional tendendo a ser menos médico-centrada e com a ideia de vigilância, assistência e promoção da saúde (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2011).

Apesar do já consolidado papel desses serviços para a mudança tanto do enfoque da atenção à saúde não apenas no indivíduo, mas obtendo a família como

estruturante, quanto referente à relação serviço-comunidade e, ainda, sobre o caráter preventivo da intervenção, os dois programas sofreram uma série de críticas sobre as suas organizações e intencionalidades, uma vez que foram implantados e firmados por convênios entre a Fundação Nacional de Saúde (atual Funasa) e municípios, atendendo a lógica neoliberal. Para Giovanella e Mendonça (2008), o PACS, apesar de sua notável importância pela presença do ACS, possuía caráter seletivo. Conill (2008) observa que, num primeiro momento, a reorientação da AB pelo PSF foi idealizada de maneira vertical e seletiva, apenas conseguindo ampliar sua concepção ao longo de sua implementação. Ronzani (2002) alega que, apesar de o Governo Federal, através do PSF, ter obtido perspectivas de realizar mudanças no modelo de atenção, na alocação de recursos e nas formas de remuneração das ações de saúde, a formação profissional e a organização do serviço eram grandes barreiras para uma ação coletiva. O que tais críticas apontam é que o interesse depositado sobre a atenção básica, os limites institucionais e políticos para sua implantação e os acordos realizados nessa primeira fase deram aos seus serviços um caráter mais próximo da APS seletiva proposta nos anos 1980.

A gestão dos serviços estava condizente com a Norma Operacional Básica (NOB 91) (INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 1991), que, nos moldes do Inamps, ou seja, com caráter centralizador, introduziu os convênios de municipalização estabelecendo uma relação entre o Ministério da Saúde e as secretarias municipais de saúde, transferindo os recursos do Ministério para os municípios, de acordo com o serviço prestado. Assim, os municípios tinham pouca autonomia e igualavam-se aos serviços de natureza privada e filantrópica (MARQUES; MENDES, 2003).

No entanto, o aumento da descentralização administrativa do sistema de saúde se deu a partir da NOB 93 (BRASIL, 1993), consolidada com a NOB 96 (BRASIL, 1996a), quando instituíram-se a gestão plena de atenção básica – “cabia ao município elaborar a programação municipal dos serviços básicos, gerenciar as unidades laboratoriais próprias, prestar ou acompanhar os serviços relacionados à atenção básica e executar as ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica” (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007, p. 898); “a programação pactuada entre as três esferas de governo das atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, construindo um novo modelo de atenção com ênfase à promoção da saúde e à atenção básica” (PREUSS,

2018, p. 327); o Piso da Atenção Básica (PAB) – valor per capita nacional para o custeio de procedimentos de atenção básica e para a implantação de programas e ações específicos. Ocorre uma viragem na concepção da atenção básica, deixando de ser apenas uma estratégia de ampliação da cobertura e passando a ser a base para o alcance da integralidade do cuidado (GIL, 2006). Neste sentido, em 1999, o PSF passou a ser a Estratégia de Saúde da Família (ESF), transitando, ao longo dos anos, para a estruturação de um novo modelo de atenção, com base na concepção de determinação social do processo saúde-doença.

Considerando o contexto político, e acrescidas as críticas anteriores referentes à atenção básica, é relevante, ainda, intercruzar outros dois pontos. Primeiro é o de que, no Brasil, alguns elementos são importantes na análise do desenvolvimento das políticas sociais: 1- estiveram fortemente dependentes dos diferentes planos de desenvolvimento econômico dos regimes políticos, o que fez com que os direitos sociais tenham se desenvolvido de forma fragmentada e desigual; 2- as políticas sociais foram desenvolvidas em períodos autoritários, obtendo a herança da centralização, baixa interferência da população e pouca transparência, além de grande burocratização; 3- estas políticas estiveram altamente mercantilizadas devido ao compromisso entre o capital e o trabalho e entre as relações do mercado e o setor público (LOBATO, 2016).

O segundo ponto é a influência do modelo biomédico na formação profissional, na organização dos serviços e na produção de conhecimentos em saúde. Essa visão tem raízes no período Renascentista, séculos XV e XVI; na Revolução Científica do século XVII; no Iluminismo do século XVIII; no século XIX, influenciado pelo Relatório Flexner (RIGOTTO *et al.*, 2018). O Relatório Flexner² foi a base do ponto de vista institucional para o modelo, apesar de o paradigma ser anterior à II Guerra Mundial e ter possuído, após esse momento, um rápido desenvolvimento de tecnologias que permitiram sustentar ainda mais esse paradigma cartesiano. O relatório supracitado, por meio da crítica às escolas médicas nos EUA e Canadá, orientava uma ruptura com a ciência de base metafísica para a sustentação no paradigma cartesiano, tornando-se hegemônico no campo da saúde.

² Em 1910, foi publicado o estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como o Relatório Flexner. É considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América, com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Neste sentido, a partir de tal paradigma, instaurou-se um método reducionista de educação em saúde, segundo o qual o corpo é representado pelo fragmentado das partes para ser curado (MEIRELES *et al.*, 2019) o que hoje denominamos como as especializações em saúde. Além da fragmentação do corpo, existe também uma separação entre sujeito e objeto, saber universal e saber parcial, saber neutro e saber implicado.

Como vemos, as bases da atenção básica no Brasil são controversas, pois se, por um lado, são forjadas dentro do momento de redemocratização do País e de ampliação da concepção de saúde, por outro, sofreram forte influência das formulações hegemônicas de saúde internacionais e restrições pelo mesmo cenário que as fez nascer. Desta forma, “nem completamente neoliberal, e tampouco universal, a política de saúde brasileira tem sérios problemas estruturais, uma vez que se insere num contexto de conformação do direito à saúde marcado pela tutela, pela estatização das políticas sociais e pela incipiente democracia do país” (PIRES; DEMO, 2006, p. 67).

Apesar dos paradoxos das suas bases políticas e epistêmicas, importa mencionar que a atenção básica, especialmente através da ESF, instância em que se passou a considerar a saúde da família como estratégia estruturante do SUS, ao longo de sua implementação, trouxe uma série de avanços para o campo da saúde, na assistência e/ou na formação.

Na formação, nos âmbitos de graduação e pós-graduação, ocorreram, por exemplo: a promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para todos os cursos da saúde, a criação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (Pró-Saúde) em 2005 e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) em 2008. Por meio do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), o Conselho Nacional de Educação aprovou as novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina, em 2014, que determinou reformulação do currículo médico, com ampliação dos campos de saber e de práticas na saúde mental, urgência/emergência, atenção básica e saúde da família; em 2002, foram criadas as residências multiprofissionais em saúde da família em decorrência da necessidade de educação permanente para a nova demanda de cuidado; as residências de medicina de família e comunidade, mesmo remontando à década de 1970, tiveram um reforço importante à saúde da família (MIOTO *et al.*, 2012; NETO; ANTUNES; OLIVEIRA, 2019).

No caráter assistencial, a ESF tem-se desenvolvido de forma gradativa e é considerada o principal avanço da atenção básica no Brasil. Em agosto de 2020, havia 40.470 equipes de saúde da família implantadas, cobrindo uma população estimada de 126.920.210 pessoas, representando 60,39% da população; se considerada a cobertura da atenção básica como um todo, esse valor chega a 153.504.714 pessoas, ou 73,04% da população brasileira (BRASIL, 2021a). Apesar de ainda insuficiente, considerando que o objetivo é o universo da população, Macinko e Harris (2015) apontam que nenhuma outra iniciativa dentro do SUS alcançou tamanha magnitude. Esse êxito pode ser atribuído aos mais diversos impactos na saúde da população brasileira, como apontam Macinko e Mendonça (2018) através de uma ampla revisão da literatura sobre os efeitos da ESF no Brasil utilizando os conceitos de acesso, proteção financeira, qualidade dos serviços, eficiência no sistema, impacto na saúde e equidade: melhoria do acesso e utilização de serviços de saúde; redução da mortalidade infantil e adulta para algumas condições de saúde sensíveis à atenção primária (hipertensão e diabetes); expansão de acesso a tratamentos, como, por exemplo, os odontológicos; eficiência no SUS devido à redução de hospitalizações desnecessárias e em outras áreas, como melhoria na qualidade das estatísticas de programas sociais tal qual o Programa Bolsa Família; expansão da produção de conhecimento com grandes avanços na área de ciência e tecnologia. Como se vê, o avanço da ESF aponta melhorias na prestação de serviços e nos resultados em saúde, além da redução das iniquidades sociais (TASCA *et al.*, 2020).

Todos esses avanços promovidos pela AB sinalizam o quanto essa política vai muito além de cuidados primários em saúde, possuindo dimensões bem mais amplas. No entanto, embora tenha crescido sobremaneira ao longo de sua história e mesmo entendendo que uma política dessa dimensão não muda de concepção e modelo sem muitas mediações, desde 2016, ela tem atravessado grandes dificuldades em atuar como estratégia estruturante devido à intensificação das políticas de austeridade nos setores sociais, como veremos a seguir.

4.2 A POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DIANTE DO CENÁRIO POLÍTICO-IDEOLÓGICO DO BRASIL ENTRE 2016 E 2020

Nesta seção iremos resgatar as principais contrarreformas adotadas sobre a saúde pública e sobre a atenção básica brasileira, aprofundando algumas referentes a esta última, como consequência do cenário político-ideológico.

4.2.1 Cenário político-ideológico do Brasil entre 2016 e 2020

Em 2016, a política brasileira presenciou um golpe parlamentar (do Judiciário e Legislativo) apoiado pelo capital estrangeiro, visando favorecer sua atuação na economia brasileira, seja na especulação financeira, seja no setor produtivo. Desta maneira, houve o *impeachment* contra a então presidenta Dilma Rousseff, do Partido dos Trabalhadores (PT), ala da base política da esquerda. Em decorrência do golpe, tomou posse o seu vice-presidente, Michel Temer, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), atual MDB, de orientação centro-direita. O golpe teve amplo apoio da chamada “bancada do boi (ruralistas), da bíblia (evangélicos) e da bala (armamentista)”, com agendas alinhadas à direita, à extrema direita da política e ao conservadorismo brasileiro.

A partir de então, observou-se o rápido fortalecimento de uma pauta antidemocrática, conservadora e reacionária, orientada para o aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais, dando novos contornos ao capitalismo monopolista no Brasil. Desse modo, sob a justificativa da necessidade de enfrentar a crise econômica e diminuir as desigualdades sociais do País, o governo de Temer trouxe de forma clara o retorno do Estado neoliberal, incentivando investimentos privados, a competitividade, a livre iniciativa do mercado e a livre competição. Como resultado, foi adotada uma série de medidas ofensivas contra a classe trabalhadora.

Vale fazer um parêntese para posicionar que a crise no Brasil não tem caráter somente econômico, mas também dimensões política e social, e faz parte de uma crise epistêmica mais profunda. Assim, dada sua abrangência, a crise brasileira é caracterizada como sistêmica, exigindo diferentes níveis de compreensão e de ação (MARTINS, 2019).

As medidas promovidas por Michel Temer entre 2016 e 2018, presentes nos documentos *Agenda Brasil* (2006) (CALHEIROS, 2015), *Ponte para o futuro* (2015) e *Travessia social* (2016) (FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES, 2015, 2016),

formulados pelo PMDB, refletiram no agravamento das questões sociais e em um grande retrocesso nas conquistas materializadas na Constituição Brasileira de 1988. Citam-se algumas: extinção do Ministério das Mulheres, da Igualdade racial e dos Direitos Humanos, transferindo estas pautas para o Ministério da Justiça; aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95/2016 (BRASIL, 2016a), com o objetivo de que os gastos federais fossem congelados pelos próximos vinte anos; aumento do percentual da Desvinculação das Receitas da União, que significa que o Governo pode realocar 30% do orçamento de qualquer área; terceirizações e privatizações; reforma trabalhista (Lei 13.467 de 13 de julho de 2017) (BRASIL, 2017a) e proposta da reforma da Previdência Social, voltadas para recomposição das taxas de lucro da burguesia.

Tais medidas levaram ao aumento da precarização do emprego e do desemprego; à diminuição dos recursos para programas sociais, como o Bolsa Família, Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies), Programa Universidade para Todos (Prouni), Minha Casa Minha Vida; ao fim da Farmácia Popular e do Ciência Sem Fronteiras, dentre outras medidas (MACIEIRA, 2018). Para Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018, p. 11), “[...] com o advento do governo Temer é flagrante a aceleração e a intensificação das políticas que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro, configurando uma nova fase de contrarreformas estruturais que atacam os direitos dos trabalhadores.”

No seguimento dessa restauração conservadora de um projeto político ultraneoliberal e necropolítico, em 2019, assumiu a presidência do País Jair Bolsonaro, do então Partido Social Liberal (PSL). De janeiro de 2019 a agosto de 2020 (tempo delimitado neste trabalho para análise), podem-se levantar algumas contrarreformas, ou seja, “[...] um conjunto de medidas neoliberais de desmonte e destruição das conquistas democráticas. Uma reformatação do Estado de forma a adaptá-lo ao capital.” (BORLINI, 2010, p. 323).

Dentre as medidas de seu governo, a promulgação da reforma da Previdência Social (EC 103/2019); o Decreto n. 9.759/2019, que extinguiu diversos conselhos e colegiados da administração pública federal, estabelecendo novas diretrizes para estes, e ainda revogou o decreto que instituiu a Política Nacional de Participação Social em 2014; a mudança na legislação sobre o porte e posse de armas; a liberação indiscriminada de quase duas centenas de agrotóxicos, ignorando seus efeitos trágicos para a saúde; o Projeto de Emenda Constitucional (PEC) do pacto federativo,

proposta do ministro da economia, Paulo Guedes, da não vinculação obrigatória para o repasse em saúde, nos quais os parlamentares decidem a cada ano a alocação dos recursos do orçamento – dentre outras, que podem ser consultadas no documento *Balanço de dois anos do governo do Presidente Jair Bolsonaro* (BRASIL, 2021b).

Segundo Braz (2017), esses projetos de governo fazem parte de um aprofundamento do consenso ou da relação dialética entre a burguesia capitalista e o Estado, que, ao acelerar contrarreformas, visa atender quatro objetivos: 1) ressubmeter o Brasil (e a América Latina) ao imperialismo norte-americano; 2) reduzir os custos e aumentar a produtividade média do trabalho; 3) implementar no País um Estado conservador e reacionário contra os avanços sociais, promovendo um retrocesso cultural e ideológico; 4) readequar as políticas sociais a um novo programa neoliberal através de políticas de austeridade fiscal.

Apesar da intensidade das medidas, cabe frisar que este momento é uma continuidade dos anos 1980 e 1990, em que entram em disputa dois projetos de sociedade orientadores da ação nas políticas sociais: o projeto neoliberal, com interesses na expansão do mercado por meio do ajuste econômico, excluindo a participação social nas decisões e no controle social; e o projeto democrático-participativo, com ampla atuação política e democrática da sociedade e valorização da gestão pública (DAGNINO; OLIVEIRA; PANFICHI, 2006).

Mesmo com a redemocratização do País, com conquistas do segundo projeto, esse período foi marcante pela acentuada aplicação dos ideais neoliberais nas políticas brasileiras, através da adoção de planos econômicos que beneficiavam o pagamento da dívida externa; do processo de privatização de empresas estatais (com incentivos e subsídios por parte do Estado); da redução nos gastos com a área social; do direcionamento das políticas sociais para a focalização, privatização e descentralização (BEHRING; BOSCHETTI, 2008; BORLINI, 2010).

Nos anos 2016 a 2020, acrescidos a esse caráter político-econômico, acentuaram-se o neofascismo e a necropolítica, particularmente com a eleição de Bolsonaro, em 2018. Sob o viés neofascista, o discurso de Bolsonaro dispõe de características ideológicas que podem assim defini-lo, como o culto aos “anos de chumbo” da ditadura militar brasileira, a ideologia nacionalista e militarista, a defesa de um movimento de mobilização dos setores médios e subalternos, reunido por um grande ressentimento social, a utilização de procedimentos voltados para aniquilar o Estado de direito (CARNUT; MENDES, 2020a). Já a respeito da necropolítica, suas

atitudes apontam um autoritarismo antidemocrático que subjuga a vida ao poder de morte, ou como esclarece Achille Mbembe em *A era do humanismo está terminando* (2016a, não paginado):

Isso explica a crescente posição anti-humanista que agora anda de mãos dadas com um desprezo geral pela democracia. [...] Esta será uma guerra de classe que nega sua própria natureza: uma guerra contra os pobres, uma guerra contra as minorias, uma guerra de gênero, uma guerra religiosa contra os muçulmanos, uma guerra contra os deficientes.

Esses aspectos contribuem para reconhecer que os caracteres político-econômico-ideológicos no atual cenário são centrais para a mudança do regime político brasileiro e, conseqüentemente, no direcionamento das políticas públicas, dentre elas a da saúde.

4.2.2 Reflexos do atual cenário sobre a política pública de saúde no Brasil

O setor saúde, em tempos do capitalismo monopolista (Estado Social nos países europeus) (BOSCHETTI, 2016), era utilizado com vistas a fortalecer a possibilidade laboral, ou seja, à classe trabalhadora eram dadas boas condições de saúde para que produzisse mais e melhor. Além de que, para a burguesia, era uma forma de movimentar o complexo industrial da saúde sendo o Estado seu principal comprador. Já nos tempos contemporâneos, com o avanço do neoliberalismo, o setor saúde passa a ser um nicho de acumulação na expansão dos negócios capitalistas, fazendo crescer as formas estritamente privadas de prestação de serviços de saúde (CARNUT; MENDES, 2020a). Nessa lógica, a intervenção estatal se volta a produzir para o mercado, induzindo a ideia de concorrência individual e, com isso, desfazendo os pilares solidários da seguridade social (saúde, previdência e assistência social) (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019).

No Brasil, como vimos, o SUS é forjado dentro desse cenário de disputa entre o projeto reformista e o projeto do Estado neoliberal, apesar dos avanços do primeiro projeto, como a unificação do comando sobre a política nacional; a criação de comissões intergovernamentais e conselhos participativos; a expansão nacional de serviços públicos de saúde de vários tipos – com destaque para a atenção básica.

Nesse contexto, ganha força no campo da saúde no Brasil o projeto neoliberal privatista, que, seguindo a lógica capitalista, fundamenta o sistema de saúde pela exploração da doença como principal fonte de lucro (BARROS; BRITO, 2019). A consequência é o fortalecimento do modelo médico privado, cabendo ao Estado a oferta de um mínimo na saúde para populações financeiramente vulneráveis e ao mercado privado, por meio da oferta de seguros e serviços, a cobertura das demais parcelas. Também, como numa relação de causa-efeito, é enaltecido o modelo biomédico, predominantemente no complexo médico, hospitalar, farmacêutico.

Apesar de a abertura do capital dentro do SUS estar presente desde a Constituição de 1988, com a institucionalização da complementariedade da saúde suplementar na rede pública, sendo fortalecida no governo de Fernando Henrique Cardoso e permanecendo nas gestões do PT, pode-se afirmar que, desde a redemocratização até 2016, as investidas do setor privado na saúde pública eram graduais e, de certa forma, não explicitadas, como aponta Soares (2018, p. 25):

Até o governo Dilma Rousseff, uma estratégia comum a todos eles era a não explicitação da contrarreforma na saúde, apresentando-se nos governos FHC como necessidade de aperfeiçoamento da gestão, mas não se posicionando abertamente contra os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); seja nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), como uma modernização da reforma sanitária, com a necessidade de introdução de novas formas de gestão, abrindo ainda mais espaço para o capital da saúde dentro e fora do SUS.

Todavia, a partir de 2016, o discurso mudou de tom e o *modus operandi* também, pois a contrarreforma da política pública de saúde se tornou intensa e declarada. Neste sentido, forjado no discurso da “cultura política da crise” (MOTA, 1995), em que devido à crise são necessários ajustes e retiradas de direitos, o governo Temer sustentou a gestão e operacionalização da política de saúde.

No documento *Travessia social* (FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES, 2016), já mencionado, a política de saúde do governo Temer apontava para atribuir à má gestão pública a culpa pela ineficiência do SUS, levando à necessidade da focalização da saúde pública para populações pobres e do aumento dos planos privados para atender a cobertura universal de saúde, repetindo no setor o seu modo de gestão contrarreformista das políticas públicas e universais (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Neste sentido, apesar de terem sido diversos os reflexos do governo Temer na saúde pública, como as alterações da Política de Saúde Mental (Portaria 3.588/2017) e dos blocos de financiamento do SUS (Portaria n. 3.992/2017) (BRASIL, 2017b, 2017c), apontaremos aquelas mais diretamente correlacionadas à relação público-privada e à inserção do projeto neoliberal do SUS.

Assim, um fato importante foi a proposta do então ministro da saúde, Ricardo Barros, do Plano de Saúde Acessível (BRASIL, 2017d). O projeto se estruturava a partir de três propostas: a primeira, chamada “plano simplificado”, previa a cobertura para a atenção básica, consultas em algumas especialidades, serviços auxiliares de diagnóstico, terapias de baixa e média complexidade, e excluía internação, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência, hospital dia; a segunda, “plano ambulatorial e hospitalar”, mencionava a cobertura de atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade, mas para ter acesso a esses serviços devia-se, obrigatoriamente, ter uma avaliação de um médico da família ou da atenção básica; a terceira proposta, “plano em regime misto de pagamento”, vislumbrava o copagamento pelo usuário de serviços hospitalares, ambulatoriais, terapias de alta complexidade e medicina preventiva em até 50% dos valores previstos em contrato (DOMINGUEZ, 2017).

Sobre o sistema de copagamento, uma revisão sistemática realizada entre 1990 e 2011, com 47 estudos, sobre os impactos da modalidade em países europeus demonstrou que reduziu o uso de medicamentos prescritos, consultas com clínicos gerais e especialistas, atendimento ambulatorial; não apresentou impactos na prevalência de hospitalizações; reduziu os cuidados na APS a pessoas de mais baixa renda. Portanto, o copagamento envolve algumas compensações econômicas e políticas importantes, além de contribuir para o aumento das iniquidades em saúde (KIIL; HOULBERG, 2014).

Com um suposto discurso técnico e até “equitativo”, alegando que o SUS deveria atender aqueles que realmente precisam, e sob a justificativa da impossibilidade de se manter o tamanho do SUS, conforme trecho da entrevista que segue, na verdade, são explicitadas razões de natureza político-ideológica na defesa de uma política de saúde cada vez mais restritiva e menos acessível a todos e para suprir a perda de cerca de 3,1 milhões de usuários nos três últimos anos no setor privado em decorrência da crise econômica (CASEMIRO, 2018).

O objetivo do Projeto de Plano de Saúde Acessível é ampliar ao máximo a cobertura de planos de saúde à população para que esta responsabilidade de financiamento da saúde seja dividida. Já é hoje 55% do investimento em saúde do setor privado e 45% do setor público. Então, quanto mais nós tivermos a cooperação de empresários financiando a saúde de seus funcionários, de planos individuais, mais qualidade nós podemos oferecer a quem depende do SUS. (BARROS, 2017, não paginado).

Apesar de o Plano de Saúde Acessível não ter conseguido ser efetivado, muito em decorrência da série de manifestações contrárias de diversas entidades, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), enfatizando principalmente o princípio da integralidade e o retrocesso na gratuidade do SUS, a proposta sinalizou claramente ao que o Governo estava disposto e o que o setor da saúde pública deveria enfrentar, uma vez que essa ofensiva caracterizou-se “como uma grande regressão civilizatória nos marcos da sociedade brasileira” (SOARES, 2018, p.26). Ou seja, um governo completamente desvinculado do SUS e, conseqüentemente, dos direitos sociais, conforme afirmado na fala do próprio ministro, como aponta Bahia (2017): “[...] sou o ministro da saúde, não sou o ministro do SUS.”

Resta explícita, portanto, a articulação do Governo com o setor empresarial no Instituto Coalizção Saúde (Icos), lançado em 2014, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, composto pelo empresariado do setor saúde brasileiro e que assim se autoidentifica: “O Instituto Coalizção Saúde é formado por representantes da cadeia produtiva do setor de saúde e pretende contribuir, de forma propositiva e pluralista, para o debate e a busca de novos avanços na área, em resposta às demandas da população e às necessidades do país.” (ICOS, 2021, não paginado).

O Icos formulou, em 2017, mediante ampliação do número de associados no ano anterior, o documento *Coalizção Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde*, defendendo prioritariamente a integração dos setores público e privado através da maior participação da iniciativa privada na gestão dos serviços de saúde (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018). Chama a atenção nessa articulação a criação de um conselho de especialistas (empresários) ligado aos prefeitos, o que significa a interferência direta do setor empresarial na agenda pública de saúde. O grupo, como aponta Soares (2018, p. 27), é uma “expressão do que podemos denominar de captura e profunda instrumentalização do espaço público pela lógica privada”.

Ainda nesse governo, ocorreu o retorno da tramitação das propostas de alterações na Lei dos Planos de Saúde. Em setembro de 2017, o então relator da

Comissão Especial sobre Planos de Saúde da Câmara dos Deputados, em caráter de urgência, apresentou propostas como a revogação da Lei dos Planos de Saúde (Lei 9656/1998); a segmentação de cobertura assistencial; o reajuste após 60 anos de idade; a diminuição do valor do ressarcimento ao SUS (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018). Entretanto, em meio a uma série de críticas por parte de entidades de defesa do consumidor, entidades médicas e defensorias públicas, o processo continua em tramitação. Mas o que importa ressaltar sobre a questão é que, por trás dessas alterações, o que está em voga é a autorização legal dos planos subsegmentados, populares, acessíveis, modulares, *pay per view* (GREGORI, 2021).

Adentrando nos anos de 2019 e 2020, no governo Bolsonaro, a saúde pública não foi menos impactada. Como clara continuidade da tentativa de desmontar um dos maiores sistemas públicos do mundo e aumentar o protagonismo do setor privado na política de saúde brasileira, expropriando a classe trabalhadora precisamente sobre os direitos e as políticas sociais, conforme Marx (1984), apontamos algumas decisões do atual Governo.

Começamos pelo então ministro da saúde, Luís Henrique Mandetta, médico, ex-diretor da Unimed, deputado federal pelo Democratas (FERNANDES; CANCIAN; PESSOA, 2019). Sua campanha eleitoral contou com o financiamento do grupo de saúde Amil, que integra o conglomerado da United Health, instituição internacional de saúde privada (MINISTRO..., 2018). Em concordância com sua aliança com o capital privado da saúde, Mandetta, em uma entrevista, indicou que não havia problema no fato de as instituições desejarem lucrar com a saúde e que a gestão pública tem muito a aprender com as instituições privadas no Brasil, devido ao SUS ser um sistema que está em falência. Esse discurso revelava o caráter privatista e de austeridade na direção do Ministério da Saúde (WEILLER, 2019).

Em janeiro de 2019, os ministros da saúde e da economia (Paulo Guedes) sugeriram a criação de um *voucher* para a saúde, ou “bolsa-saúde” (até o momento não executado, mas ainda posto em causa). O intuito alegado é suprir as demandas da população por serviços de saúde e diminuir o tempo de espera. Segundo o ministro da economia, o usuário pode, com o *voucher*, acessar qualquer serviço privado de saúde financiado pelo Estado: “Vamos ter que fazer na saúde igual se fez no auxílio emergencial. Pobre está doente? Dá um *voucher* para ele. Quer ir ao [Hospital Albert] Einstein? Vai ao Einstein. Quer ir ao SUS, pode usar seu *voucher* onde quiser. Não tem gestão na saúde pública.” (PREITE SOBRINHO, 2021).

A proposição vai ao encontro do já citado relatório da OMS (*Relatório Mundial da Saúde – financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal*), onde se afirma: “A resposta é caminhar para um sistema de pré-pagamentos ou fundos comuns, que distribuem o risco financeiro entre a maior proporção possível da população.” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010, p. 56, tradução nossa). No entanto, o mesmo relatório aponta que a transferência condicional de dinheiro, sendo o *voucher* uma modalidade – implementada em Bangladesh, Equador, Guatemala, Índia, Quênia, Nepal, Paquistão, Turquia e EUA, países que não possuem um sistema de saúde público estruturado como o SUS –, apesar da suposta diminuição de barreiras de acesso, não é suficiente para restabelecimento da igualdade, sendo necessário um conjunto mais abrangente de iniciativas, relacionadas principalmente com os determinantes socioeconômicos.

Uma metanálise realizada com 24 estudos, avaliando 16 tipos de programas de *voucher* através de 64 variáveis, percebeu evidências modestas de que os *vouchers* visam efetivamente populações específicas; evidências insuficientes para determinar se os *vouchers* fornecem cuidados de saúde de forma eficiente; evidências robustas de que os *vouchers* aumentam a utilização dos serviços; evidências modestas de que os *vouchers* melhoram a qualidade dos serviços; nenhuma evidência de que os *vouchers* têm impacto nos resultados de saúde; evidências suficientes de que os *vouchers* aumentaram os serviços de urgência, mas sem incremento dos preventivos (BRODY et al., 2013). De maneira geral, o *voucher* na saúde se constitui como um quase mercado, pois, ao gerar competição entre os prestadores de serviços, reduz os custos e é incapaz de atender integralmente as necessidades de saúde e de vida da população.

Em Nota Técnica (11/2019) (BRASIL, 2019a), o Ministério da Saúde anuncia sua Política de Saúde Mental, denominada “Nova Saúde Mental”. Nela, dentre as mudanças que vão para o lado do proibicionismo e dos valores morais, indo de encontro com a lógica da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o Governo defende a autorização para aquisição de aparelhos de eletroconvulsoterapia, a retomada da ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e passa a considerar as comunidades terapêuticas como dispositivos das redes de atenção psicossocial a serem financiadas pelos SUS. Esse processo que se desenvolve tem como objetivos privilegiar o financiamento de hospitais psiquiátricos, dos aparelhos de alta tecnologia produzidos

pelas indústrias médico-hospitalar e os serviços privados através das comunidades terapêuticas (WEILLER, 2019).

Um marco no ano de 2020 da associação do Governo com a indústria farmacêutica foi a tentativa de impor o uso da cloroquina e da hidroxicloroquina (substância conhecida e já utilizada no tratamento da malária e de doenças autoimunes) no tratamento precoce contra a doença da Covid-19, apesar da sustentação científica do malefício de seus usos em qualquer estágio da doença (DIAS, 2020). O que importa é entender o pano de fundo da questão.

A Aspen Farmacêutica, maior produtora de tais fármacos e apoiadora do governo Bolsonaro, só no ano 2020 teve um aumento de 18% em seu faturamento comparativamente a 2019 e utilizou sete vezes mais o financiamento público do que nos 16 anos anteriores para a “expansão da empresa e linhas de produtos” (JUNQUEIRA, 2021). Sobre a questão, de acordo com Marés (2020, não paginado), “[...] transformar a cura, ou a falsa cura, em mercadoria tem sido o negócio desse ramo industrial [...]. O remédio, então, não é mais remédio, vira mercadoria. Não importa se cura, mata ou aleija, tem que ser vendida, tem que movimentar o mercado.” Para ele, isso revela o que Marx (2005) chamou de “fetichismo da mercadoria”, ou seja, a mercadoria ganha vida própria, é fetichizada a tal ponto que deixa de ter qualquer função que não seja vender. Assim, a cloroquina e a hidroxicloroquina, no caso da pandemia, não foram feitas como medicações para cumprir uma finalidade curativa, mas como puras e simples mercadorias.

Essas medidas de contrarreforma adotadas na saúde brasileira desde 2016 (ressaltando que existiram muitas outras) apontam algumas questões. A primeira é que a disputa entre projetos de sociedade repercute em opostos projetos de saúde (reforma sanitária, reforma sanitária flexibilizada e projeto privatista) (BRAVO; PELAEZ, 2020). A segunda, consequência da primeira, é a tentativa de “acabar com os pobres e não com a pobreza” (FLEURY, 2021, não paginado), aumentando as injustiças sociais e cognitivas.

Desta forma, as gestões em saúde dos governos em questão demonstram total antagonismo com as proposições da reforma sanitária, em especial no que tange aos princípios da universalidade, da saúde pública e gratuita, da participação social. Neste sentido, a atenção básica ganha destaque, visto que se expressa, dentro do campo da saúde coletiva, como o asseguramento do direito à saúde, já que vem sendo o

principal meio de acesso aos serviços de saúde, especialmente para a classe trabalhadora.

4.2.3 A atenção básica à saúde no Brasil: a bola da vez

Como já mencionado em outro momento desta tese, a atenção básica, ao longo da sua história, esteve mais “protegida” das investidas do capital nacional e internacional por “não ser rentável” ao mercado, já que trabalha na lógica da alta complexidade e da baixa tecnologia. Assim, o foco da privatização eram os serviços hospitalares e especializados. No entanto, devido ao congelamento dos gastos com a EC-95 impedindo a incorporação de tecnologias na atenção secundária e terciária, da perda de clientes pelas seguradoras privadas, da crise na terceirização da saúde, dentre outras questões (CARNUT; MENDES, 2020a), como apontamos, o *modus operandi* de ataque desde 2016 lançou a atenção básica como a bola da vez.

Como importante indutor das mudanças que viriam a ocorrer, destaca-se o relatório do Banco Mundial *Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil* (2017). Sobre a atenção básica em específico, o Banco Mundial recomenda o corte dos gastos na saúde, inclusive reduzindo 23% na saúde primária, e alega que isso mantém os mesmos níveis de resultados sem nenhum prejuízo ao nível dos serviços prestados; propõe universalizar a atenção básica, contudo sem ampliar o acesso a serviços especializados e hospitalares, uma vez que esses níveis de atenção são ineficientes ao SUS; orienta que os procedimentos mais básicos sejam realizados por profissionais de enfermagem, que são menos onerosos ao Estado, o que libera o tempo dos médicos para tratamentos mais complexos; alega que os salários dos profissionais de saúde no Brasil são relativamente altos, especialmente no atendimento primário, sugerindo uma diminuição salarial; incentiva o aumento da produtividade dos profissionais de saúde; e afirma que é necessário melhorar a integração entre os sistemas público e privado no âmbito da atenção básica (BANCO MUNDIAL, 2017). Ou seja, recomenda ao SUS um universalismo básico, responsável somente pela atenção básica e, mesmo assim, com diminuição dos gastos, profissionais com salários mais baixos, trabalhando mais e com número mais restrito – afinal, seria um SUS “pobre para pobre”.

Aliado à pauta, o primeiro Secretário de Atenção Primária à Saúde do governo Bolsonaro, Erno Harzheim, realizou uma audiência pública, intitulada *Apresentação*

do Relatório do Banco Mundial (2019): proposta de reforma do Sistema Único de Saúde Brasileiro, em que apresentou o que viria a ser o novo modelo de financiamento para a atenção básica. No entanto, antes, reuniu-se com representantes de universidades do Reino Unido, dos Estados Unidos e economista do Banco Mundial para avançar na elaboração do modelo (CARNUT; MENDES, 2020b).

Porém, antes de avançarmos para as consequências desse encontro em relação à atenção básica brasileira, frisamos duas mudanças estruturais – por mexerem no modelo assistencial e nos seus princípios – para a atenção básica do governo Temer: a Portaria n. 958/2016 (revogada), retirando a obrigatoriedade do ACS na composição da equipe de saúde da família; e a “nova” Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pela Portaria 2.436/2017.

A portaria n. 958/2016 do Ministério da Saúde, publicada em maio, sob a justificativa de “ampliar as possibilidades de composição das equipes de atenção básica”, “aumentar a capacidade clínica na unidade básica de saúde e o cuidado no domicílio, fortalecendo a continuidade da relação clínica na construção de vínculo e responsabilização, bem como ampliar a resolutividade da atenção básica”, alterava a composição das equipes de atenção básica, extinguindo a obrigatoriedade da presença dos agentes comunitários de saúde, que poderiam ser substituídos pelos agentes ou técnicos de enfermagem (BRASIL, 2016b).

No entanto, como sabemos, esse profissional, por compor a espinha dorsal desse nível de atenção, não pode ser substituído pelo técnico de enfermagem, tendo em vista que ambos possuem atuações diferentes e não concorrentes – enquanto o segundo tem sua formação voltada para procedimentos de caráter mais biomédico, como aplicação de vacinas, curativos, dentro outros, o ACS, para além das ações assistenciais, tem seu foco no saber popular, no território, na promoção da saúde e prevenção de agravos. Com isso, a retirada do agente comunitário da equipe traça definitivamente um modelo de atenção à saúde biomédico e medicalizador na atenção básica, indo de encontro aos fundamentos da política na sua formulação, que é ser uma nova proposta de modelo de atenção (NOGUEIRA, 2016). A ausência desse profissional desenha uma dupla desconstrução: a perda da integralidade da AB e a perda do caráter articulador estratégico que o ACS possui na interface serviço-território – corre-se o risco de o território ficar desvinculado da equipe.

Apesar da revogação das portarias, devido a uma série de manifestações contrárias da própria categoria e de instituições em apoio, o cerne delas foi transferido para a “nova” PNAB.

A PNAB 2017, ou “nova” PNAB, foi instituída em setembro daquele ano, pela Portaria n. 2.436 (BRASIL, 2017e), após o VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica realizado em 2016, em que foram dados os indicativos para a sua revisão.

Dentre os vários pontos negativos, destacam-se: a revogação indireta da prioridade do modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família no âmbito do SUS, com a possibilidade financiada de outros formatos de equipe; a ameaça à presença do ACS como integrante e profissional da atenção básica; a integração das atribuições ou fusão dos ACS com os agentes de combate à endemia (ACE), além da inclusão de procedimentos clínicos técnicos na sua atuação. Sobre esse último aspecto, pode ocorrer de o tempo de trabalho priorizar a execução dessas tarefas, em detrimento das atividades territoriais, e aumentar ainda mais a burocratização das atividades relacionadas ao registro e à produção de informações; também a implantação de modo simplificado, ou reducionista, de uma relação nacional de ações e serviços essenciais e estratégicos da AB, através do que se chama de padrão essencial e padrão ampliado; a quebra da lógica fundamental do vínculo entre equipe de saúde e usuário por meio da ideia do usuário itinerante, relativizando a cobertura; a previsão, sem detalhes, de modalidade de financiamento federal com recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços; a criação de novas equipes com carga horária mínima do profissional médico de dez horas semanais; a alteração das definições e escopo de atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com a transformação para NASF-AB, levando à possibilidade de esta equipe estar vinculada não apenas à saúde da família, mas a todas as modalidades da AB – o que, por um lado, representa uma ampliação do alcance e, por outro, reafirma a não priorização da ESF (REIS, 2017).

Apesar das críticas, não se pode negar que muitos são os processos que precisam ser organizados a fim de consolidar a posição da AB no SUS: a qualificação dos trabalhadores para o trabalho baseado no território; a integração entre prevenção, assistência clínica e promoção da saúde, tendo em conta a integralidade do cuidado; processos de trabalho mais democráticos e participativos em todos os níveis de decisão; gestão pública do trabalho e dos serviços de AB; a suspensão da precarização e terceirização do trabalho (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). No

entanto, isso não significa adotar medidas que incidem na intervenção das dimensões da ordenação da AB, a organização dos serviços, o financiamento e o processo de trabalho, etc. no sentido de fragilizá-las ou reduzi-las.

Em linhas gerais, o que é revelado através da PNAB 2017 é um retrocesso institucional da concepção (no sentido do seu entendimento e da sua gestação) de atenção básica, como apontam Melo *et al.* (2018, p. 49):

A recente mudança da PNAB, em 2017, diferentemente de 2011, deu-se em uma conjuntura de crise política econômica do país, que vem incidindo de forma avassaladora sobre políticas sociais. Se forem efetivamente considerados os dispositivos da PNAB que induzem, impedem ou condicionam mudanças, pode-se dizer que os propósitos centrais dessa política são a diminuição dos ACS e a mudança de seu perfil, bem como a priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF, com maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal. Se tentarmos configurar uma 'trama', relacionando os elementos da PNAB entre si e com a conjuntura (do SUS e do país), veremos que o seu principal efeito tende a ser o desmonte da ESF (ao invés do enfrentamento dos seus problemas, limites e desafios), em uma conjuntura em que seria desejável manter o que fora conquistado até o momento.

Retornando ao governo Bolsonaro, mas sem perder de vista as medidas mencionadas pela correlação com as que virão, tantas foram as contrarreformas no âmbito da AB que, para melhor visualização, as proposições e mudanças ocorridas no período de janeiro de 2019 a agosto de 2020 foram representadas no quadro 1. Apesar de cada uma merecer análise pela profundidade que representa, optamos por fazer breves considerações para as leis e normativas em destaque no quadro 2, retiradas do artigo de Harzheim *et al.* (2020a) (então secretário de atenção primária) e apontadas em destaque no site do Ministério da Saúde dentre as principais iniciativas da Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS) (BRASIL, 2021c).

Quadro 1 – Medidas legais e normativas referentes à atenção básica no período de janeiro de 2019 a agosto de 2020

(continua)

Medidas legais e normativas	Objetivos/ Assuntos
Portaria n. 18 de 07 de janeiro de 2019	Estabelece regras para o cadastramento das equipes da Atenção Básica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2019b).

Quadro 1 – Medidas legais e normativas referentes à atenção básica no período de janeiro de 2019 a agosto de 2020

(continuação)

Medidas legais e normativas	Objetivos/ Assuntos
Portaria n. 930 de 15 de maio de 2019	Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria n. 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação n. 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências (BRASIL, 2019c).
Decreto n. 9795 de 17 de maio de 2019	Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE – Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) com seus Departamentos (BRASIL, 2019d).
Medida Provisória 890 de 1 de agosto de 2019	Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2019e).
Portaria n. 2539 de 26 de setembro de 2019	Altera as Portarias de Consolidação n. 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de atenção primária – eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal – eSB com carga horária diferenciada (BRASIL, 2019f).
Nota Técnica n. 599 de 27 de setembro de 2019	Orientações sobre solicitação de credenciamento de equipes e serviços da atenção primária à saúde (BRASIL, 2019g).
Portaria n. 2979 de 12 de novembro de 2019	Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2019h).
Portaria n. 3222 de 10 de dezembro de 2019	Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019j).

Quadro 1 – Medidas legais e normativas referentes à atenção básica no período de janeiro de 2019 a agosto de 2020

(continuação)

Medidas legais e normativas	Objetivos/ Assuntos
Portaria n. 3510 de 18 de dezembro de 2019	Altera a Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da atenção primária à saúde (BRASIL, 2019k).
Lei n. 13.958 de 18 de dezembro de 2019	Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) (BRASIL, 2019l).
Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde de 2020	Descrever, para a população, para os demais níveis do sistema, para os gestores e para os profissionais que atuam na APS, a lista de ações e serviços clínicos e de vigilância em saúde ofertados no âmbito da APS brasileira (BRASIL, 2020a).
Nota Técnica n. 3 de 27 de janeiro de 2020	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil (BRASIL, 2020b).
Portaria n. 99 de 7 de fevereiro de 2020	Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2020c).
Portaria n. 397 de 16 de março de 2020	Altera as Portarias de Consolidação n. 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, n. 5/GM/MS de 28 de setembro de 2017, e n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2020d).
Portaria n. 430 de 19 de março de 2020	Estabelece incentivo financeiro federal de custeio no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em caráter excepcional e temporário, com o objetivo de apoiar o funcionamento em horário estendido das unidades de saúde da família (USF) ou unidades básicas de saúde (UBS) no País, para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19) (BRASIL, 2020e).
Decreto n. 10.283 de 20 de março de 2020	Institui o Serviço Social Autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps (BRASIL, 2020f).

Quadro 1 – Medidas legais e normativas referentes à atenção básica no período de janeiro de 2019 a agosto de 2020

(continuação)

Medidas legais e normativas	Objetivos/ Assuntos
Portaria n. 683 de 02 de abril de 2020	Determina a indicação e a designação dos titulares e suplentes do Ministério da Saúde nos Conselhos Deliberativo e Fiscal da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps (BRASIL, 2020g).
Portaria n. 774 de 09 de abril de 2020	Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde – Grupos do Piso de Atenção Básica (PAB) e de Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC), a ser disponibilizado aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à atenção primária à saúde e à assistência ambulatorial e hospitalar decorrente do coronavírus – COVID-19 (BRASIL, 2020h).
Portaria n. 1444 de 29 de maio de 2020	Institui os Centros Comunitários de Referência para enfrentamento à Covid-19, no âmbito da atenção primária à saúde (APS), e estabelece incentivo para custeio dos Centros Comunitário de Referência para enfrentamento à Covid-19 e incentivo financeiro federal adicional per capita, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional (BRASIL, 2020i).
Portaria n. 1247 de 18 de maio de 2020	Prorroga o prazo dos estabelecimentos de atenção primária à saúde com equipes de saúde da família e equipes de atenção primária não informatizadas aderidos ao Projeto Piloto de Apoio à Implementação da Informatização na Atenção Primária à Saúde, para iniciar o envio regular dos dados por meio de sistema de prontuário eletrônico ao Ministério da Saúde, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus (Covid-19) (BRASIL, 2020j).
Portaria n. 564 de 8 de julho de 2020	Inclui na tabela de procedimentos medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS, o procedimento da atenção primária no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE) "Prevenção à Covid-19 nas Escolas" (BRASIL, 2020k).
Portaria n. 1739 de 10 de julho de 2020	Habilita municípios a receber incentivo financeiro de custeio adicional mensal para equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da atenção primária à saúde (BRASIL, 2020l).

Quadro 1 – Medidas legais e normativas referentes à atenção básica no período de janeiro de 2019 a agosto de 2020

(conclusão)

Medidas legais e normativas	Objetivos/ Assuntos
Portaria n. 1740 de 10 de julho de 2020	Estabelece o pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, diante do contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) (BRASIL, 2020m).
Portaria n. 1741 de 13 de julho de 2020	Prorroga o prazo para adequação do cadastro de equipes, referente à Portaria n. 3.566/GM/MS, de 19 de dezembro de 2019, que fixa o quantitativo de equipes de Saúde de Família e equipe Saúde Bucal composta por profissionais com carga horária individual de 40 horas semanais e estabelece regra transitória para as equipes de saúde da família com as tipologias I, II, III, IV e V (Transitória), considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus (Covid-19) (BRASIL, 2020n).
Portaria n. 2143 de 14 de agosto de 2020	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes às equipes de saúde da família (ESF), equipes de saúde da família ribeirinhas (ESFRB), equipes de saúde bucal (ESB) e agentes comunitários de saúde (ACS), com irregularidades no cadastro de profissionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (BRASIL, 2020o).
Portaria n. 2222 de 25 de agosto de 2020	Institui, em caráter excepcional e temporário, ações estratégicas de apoio à gestação, pré-natal e puerpério e o incentivo financeiro federal de custeio para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do coronavírus (BRASIL, 2020p).
Portaria n. 2305 de 28 de agosto de 2020	Altera a Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar os valores dos incentivos financeiros de custeio das Equipes de Saúde Bucal, nas modalidades 1 e 2, segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2020q).
Portaria n. 47 de 28 de agosto de 2020	Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria n. 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de saúde da família e equipes de atenção primária do Distrito Federal e municípios constantes no anexo da Portaria n. 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (Covid-19) (BRASIL, 2020r).

Fonte: Diário Oficial da União/ Ministério da Saúde/SAPS (2019/2020).

Quadro 2 – Atenção Primária à Saúde no SUS: desafios e estratégias para enfrentamento

Desafios	Estratégia/Programas propostos
Falta de priorização política real da APS	Criação da Secretaria [Nacional] de Atenção Primária à Saúde (SAPS)
Financiamento da APS insuficiente e focado na estrutura de serviços	Programa “Previne Brasil”: reforma do financiamento da APS
Obstáculos ao acesso de primeiro contato	Programa “Saúde na Hora”: reforma do acesso na APS
Insuficiência de profissionais qualificados	Programa “Médicos pelo Brasil” (MPB): provimento e formação de Médicos de Família e Comunidade e incentivos financeiros às residências profissionais em APS
Maior informatização da APS e ausência de integração de dados clínicos	Conecte-SUS e Informatiza-APS: informatização e integração de dados clínicos
Fragilidade clínica e necessidade de ampliação do escopo profissional	Fortalecimento da clínica e ampliação do escopo profissional: Carteira de Serviços da APS, linhas de cuidado, protocolos clínicos de enfermagem
Ausência de informação de qualidade para tomada de decisão clínica e gerencial	Produção de informação de qualidade para tomada de decisão clínica e gerencial

Fonte: Harzheim (2020a).

4.2.3.1 Programa “Saúde na Hora”: reforma do acesso na APS

O programa “Saúde na Hora” foi criado sob a justificativa de melhorar o acesso da população, em especial para as pessoas que trabalham no mesmo horário de atendimento das unidades de saúde. Foi formulado a partir de dois modelos de equipes: equipe de saúde da família (eSF) e equipe de atenção primária (eAP), com variação da carga horária de 60 ou 75 horas semanais – unidade de saúde da família (USF) com 60 horas semanais, USF com 60 horas semanais com saúde bucal, USF com 75 horas semanais com saúde bucal e USF ou UBS com 60 horas semanais simplificado. O secretário alegava que, atrelado ao programa, vieram “mais recursos financeiros para a APS, exigência de informatização, além de flexibilidade e autonomia para o gestor, assim como o livre acesso das pessoas durante o horário estendido” (HARZHEIM, 2020b, p. 10).

Porém, os principais problemas do programa versam exatamente sobre os aspectos relacionados à livre demanda e à carga horária. A respeito da primeira questão, o fato de o atendimento se dar exclusivamente através de demanda

espontânea fará com que o foco do atendimento seja para a individualização do cuidado e para as questões agudas, tornando-se quase um pronto-atendimento, relegando o caráter territorial da saúde da família a segundo plano. A outra questão é referente à flexibilização da carga horária das/os profissionais médicas/os e à organização do trabalho em regime de plantão, fazendo com que os profissionais de uma mesma equipe praticamente não se encontrem. Assim, essa modalidade fere três dos principais princípios da saúde da família: a longitudinalidade, o vínculo e a coordenação do cuidado, uma vez que desconstrói o processo de trabalho em equipe (ANDERSON, 2019; GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Então, apesar de o programa tocar em um dos aspectos que está relacionado ao acesso, que é a expansão do horário de funcionamento das UBS e USF, este é limitado, pois promover acesso além do horário se refere também ao escopo de atuação e à multiprofissionalidade da equipe, questões completamente preteridas no programa.

4.2.3.2 Programa “Médicos pelo Brasil” (MPB): provimento e formação de médicos de família e comunidade e incentivos financeiros às residências profissionais em APS

A Medida Provisória n. 890, de 01 de agosto de 2019 (depois Lei n. 13.958 de 18 de dezembro de 2019) instituiu o Programa Médicos pelo Brasil (PMB) no âmbito da atenção primária à saúde no SUS e autorizou o Poder Executivo federal a instituir a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), instituição privada sem fins lucrativos caracterizada como um serviço social autônomo³. Em linhas gerais, os principais motivos que justificam a Medida Provisória 890/2019 versam sobre

[...] a promoção do acesso universal e igualitário da população às ações e serviços do SUS, especialmente nos locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade; o fortalecimento da atenção primária à saúde, com ênfase na saúde da família; a valorização dos médicos da atenção primária à saúde,

³ O serviço social autônomo é uma modalidade de atuação conjunta e cooperada entre o Poder Executivo, entendida sem fins lucrativos na realização de atividades não privativas de Estado e, especialmente, no provimento de serviços de interesse público diretamente ao cidadão. Como exemplo, podem ser citadas as entidades civis de serviço social e formação profissional vinculadas ao sistema sindical – os serviços sociais autônomos (SSA) do Sistema “S”. Por não integrarem a administração pública, são habilitadas apenas a auxiliar o governo na implantação de políticas públicas, por meio da execução de atividade e prestação de serviços na área social; não podendo exercer competências públicas descentralizadas (SANTOS, 2019, não paginado).

sobretudo no âmbito da saúde da família; o incremento da provisão de médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade; o incremento da formação de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade; a consolidação da presença de médicos na atenção primária à saúde do SUS; a utilização da Adaps para conferir segurança jurídica à execução da política e sustentabilidade econômica para a sua implementação. (MANDETTA; GUEDES, 2019, não paginado).

O “Médicos pelo Brasil” visa suprir o provimento médico nas áreas de maior vulnerabilidade e fomentar a especialidade de medicina de família e comunidade, pretendendo gradualmente substituir o Programa Mais Médicos, a fim de “corrigir a distribuição de vagas anteriormente definida pelo programa” (MANDETTA; GUEDES, 2019, não paginado). Porém, apresenta a perda de não prever os eixos referentes a formação para o SUS com investimento na regulação da formação de especialistas; criação de vagas de graduação e residência; novos cursos de medicina baseados em diretrizes curriculares revisadas; abertura de turmas de mestrado profissional em saúde da família; melhoria da infraestrutura das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2013). Essas perdas indicam uma formação médica fragmentada e não direcionada à atenção básica, além de afetarem aspectos importantes para a sua sustentabilidade e qualificação – essenciais à fixação profissional.

Outro ponto é forma de contratação profissional. As/os profissionais de medicina serão contratadas/os por meio de um processo seletivo público, porém pelo regime de CLT. O processo seletivo para médica/o de família e comunidade incluirá curso de especialização com duração de dois anos, ao fim do qual a/o médica/o deverá realizar uma prova que o habilite ao título. Diferente da residência, que conta com presença cotidiana da/o preceptora/o, no curso de especialização, haverá apenas uma tutora/o. Ou seja, enfraquece a modalidade ouro de formação, a residência, e não estabelece uma carreira para os médicos (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Por fim, a MP ainda propõe a criação da Adaps (criada pelo Decreto n. 10.283 de 20 de março de 2020). Para Anderson (2019, p.12), trata-se do “deslocamento da gestão pública para o âmbito privado [...] apontando claramente na direção da privatização da APS/ESF e do próprio SUS”. Essa afirmação se dá tendo em conta que a Adaps irá atuar no âmbito da atenção básica desde a formação até a gestão, já que será responsável por prestação de serviços; ações de formação e qualificação profissional; pesquisa e extensão; incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão; monitoramento e avaliação das atividades de saúde; execução do PMB (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020; SANTOS, 2019).

O que tais poderes apontam é uma subversão da lógica da complementariedade de entidades privadas no SUS. Mesmo que criada pelo Poder Público, a Adaps, como entidade privada não integrante da administração pública, não deveria, nos termos da Lei Orgânica 8080 de 1990⁴, atuar como executora na prestação e gestão da atenção básica, somente podendo atuar de maneira temporária e como auxiliar do Ministério da Saúde (MS), não o inverso. Mas, mais do que isso, é uma abertura quase total para a privatização institucionalizada da atenção básica, já que o setor privado terá nas mãos o total controle – financeiro, trabalhista, gerencial, científico – desse nível de atenção.

4.2.3.3 Programa “Previne Brasil”: reforma do financiamento da APS

Até 2019, o financiamento da atenção básica era, em termos gerais, composto por PAB fixo⁵, PAB variável⁶, PMAQ⁷ e incentivos voltados para a implantação e manutenção das/os ACS nas equipes de saúde. A partir de 2020, passou a vigorar a nova política de financiamento da atenção básica, por meio do programa “Previne Brasil”, com apoio e anuência da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e da Confederação Nacional dos Municípios (CNM).

A mudança no financiamento foi sustentada por Erno Harzheim com os argumentos de “buscar a sincronia entre o resgate aos princípios historicamente estabelecidos da APS e a modernização organizacional que o século XXI e as mudanças sociais e culturais nos impõem” (2020b, p. 1189) e para “corrigir o financiamento insuficiente e destinar o aumento do investimento da APS às equipes e municípios que mais e melhor trabalham nas equipes de saúde da família” (HARZHEIM, 2020a, p. 8).

⁴ “Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.” (BRASIL, 1990a).

⁵ Piso da atenção básica: refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde.

⁶ Piso da atenção básica: induz os gestores a adotar e ampliar a Estratégia Saúde da Família.

⁷ Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica e produzir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde.

O novo financiamento, que teve como referência os componentes de financiamento do Reino Unido, porém sem considerar as especificidades de cada contingente populacional que acessa os serviços de saúde e a história de construção de cada sistema, foi pensado em relação a cinco aspectos: 1) aumentar os recursos para as equipes de saúde da família e começar a financiar as equipes de atenção primária, com diferença de incentivos e ações entre as modalidades; 2) pagamento por capitação ponderada, centrado na pessoa; 3) incluir um modelo misto de pagamento: capitação, pagamento por desempenho⁸ e incentivos específicos, equilibrando o financiamento, reduzindo as distorções e produzindo equidade; 4) repasse de mais recursos às populações socioeconomicamente vulneráveis e para os municípios mais pobres e remotos; 5) corrigir os cadastros de pessoas vinculadas à equipe de saúde da família (HARZHEIM, 2020b). Desta forma, de maneira geral, trata-se

De um modelo de financiamento misto, que busca equilibrar valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de saúde da família e de atenção primária, com o grau de desempenho assistencial dessas equipes somado a incentivos para ações estratégicas, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), informatização (Infomatiza-APS) e formação de especialistas em APS por meio de residência médica e multiprofissional. (HARZHEIM, 2020a, p. 1193).

Sobre o novo financiamento da atenção básica, Massuda (2020), Morosini, Fonseca e Baptista (2020) apontam como possíveis impactos negativos a criação de barreiras de cadastramento, especialmente em municípios mais remotos e vulneráveis e nos mais populosos, levando ao risco de redução do recurso para essas localidades; o financiamento deixa de ser universal (com o fim do PAB fixo) e passa a ser restrito à população cadastrada pelos municípios, perdendo o foco da universalidade e na perspectiva comunitária e da atenção territorializada, evocando a ideia da cobertura universal e focando na clínica biomédica, afastando-se inclusive do preconizado na Lei 141/2012⁹; a possibilidade da diminuição da qualidade e abrangência dos serviços pelos municípios, devido à maior pressão e preocupação destes em cadastrar

⁸ O pagamento por desempenho já vinha sendo praticado na atenção básica desde 2011, por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. O Previne Brasil se diferencia por não abarcar a avaliação dos processos de trabalho, focando no monitoramento de procedimentos e nos resultados das ações de saúde (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

⁹ Considera especialmente o critério de “necessidades de saúde” da população, medidas pelas dimensões demográfica, socioeconômica, epidemiológica e geográfica (art.17) (BRASIL, 2012a).

indivíduos para receber recursos; o aumento da competição entre as equipes, fazendo com que os municípios e as equipes se concentrem mais nos indicadores do que em um trabalho de equipe dirigido para os problemas de saúde apresentados pela comunidade; ao direcionar recursos prioritariamente para os segmentos e municípios mais pobres, em vez de se priorizar a equidade, pode-se promover um modelo de AB focalizado e seletivo; há ratificação da lógica fragmentada e impositiva de financiamento para programas e ações específicos e determinados pelo MS (como já ocorria).

Carnut e Mendes (2020) filiam as mudanças no financiamento ao relatório do Banco Mundial de 2019 *Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro* (BANCO MUNDIAL, 2019). Segundo os autores, o pagamento por capitação e o foco no cadastro das populações mais pobres atendem a recomendação n. 3 do referido relatório (“Expandir e fortalecer a cobertura da APS”, p. 11) e a recomendação n. 8 (“Definir um pacote de benefícios a ser coberto pelo SUS”, p. 13), respectivamente. Já o pagamento por desempenho está relacionado à recomendação n. 9: “Reformar o pagamento aos prestadores para premiar qualidade, resultados e produtividade” (p. 14). E continua: “dentro do SUS, os mecanismos de pagamento são pouco utilizados como instrumentos de política para influenciar ações prioritárias e, em muito menor medida, para incentivar desempenho” (p. 14). Resta demonstrado, assim, o completo alinhamento do atual Governo com as recomendações de neoliberalização e empobrecimento do setor público da saúde, além da relação direta da mudança com o ajuste fiscal promovido pela EC-95, levando à redução real dos custos para a saúde.

Ademais, dois pontos merecem destaque: o fim dos incentivos que reforçavam a orientação do modelo e a estruturação do trabalho na lógica territorial e comunitária, a exemplo do NASF-AB; e a consolidação das equipes de atenção primária. Sobre o primeiro, a Nota Técnica n. 3/2020 (BRASIL, 2019b) afirmava que o MS não realizaria mais o seu credenciamento e as solicitações enviadas seriam arquivadas, uma vez que a composição de equipes multiprofissionais se desvincularia das tipologias de equipes NASF-AB, permitindo que o gestor municipal pudesse manter os profissionais cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) como equipe ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe. Essas alterações foram justificadas com o argumento de que, se o novo financiamento é focado na pessoa, nenhum componente é exclusivo de determinado profissional ou equipe. Isso implica

dizer que o NASF-AB, apesar de reinserido como equipe para registro no SCNES na Portaria n. 99/2020 (BRASIL, 2020c), perde o recurso específico para sua expansão e manutenção, o que estimula a desestruturação da política, pois caberá a cada município realocar o financiamento geral para a atenção básica a fim de custear essas equipes, ficando a cargo da priorização da gestão local a existência ou não do NASF-AB.

As equipes de atenção primária, já mencionadas no “Saúde na Hora”, são equipes compostas minimamente por médica/o e enfermeira/o, com carga horária flexível (20 ou 30 horas cada). Com isso, como previsto na PNAB 2017, os ACS são retirados da equipe e volta-se ao modelo de atenção à saúde médico-centrado e biomédico. Se não há equipe multiprofissional, não há clínica ampliada e o acesso é ainda mais restrito.

Juntamente com o “fim” do NASF-AB, a eAP apresenta o mesmo objetivo: desmontar o modelo multiprofissional na saúde da família. As consequências são a implantação definitiva e prioritária do modelo biomédico, levando à redução do caráter comunitário e ao enfraquecimento da integralidade e longitudinalidade, fundamentos essenciais para se ter uma atenção básica resolutive.

4.2.3.4 Fortalecimento da clínica e ampliação do escopo profissional: Carteira de Serviços da APS

Por fim, outra mudança dessa gestão na atenção básica foi a publicação da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS). Apesar de já existir no Brasil, de maneira local – como no Rio de Janeiro, em Curitiba, Florianópolis, Natal, Belo Horizonte, Porto Alegre, dentre outros estados (CUNHA *et al.*, 2020) –, na esfera nacional pela primeira vez a ferramenta foi proposta, apesar de já ter sido mencionada em 2016 no VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica e na PNAB 2017.

A sua versão final, produzida com a colaboração de Conass, Conasems, SBMFC, Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade, Associação Brasileira de Odontologia e SAPS e após consulta pública de oito dias, visa “descrever, para a população, para os demais níveis do sistema, para os gestores e para os profissionais que atuam na APS, a lista de ações e serviços clínicos e de vigilância em saúde ofertados no âmbito da APS brasileira” (BRASIL, 2020a, p. 7). Foi organizada e separada em “Vigilância em Saúde”, “Atenção e Cuidados Centrados na Saúde do Adulto e do Idoso”, “Atenção e Cuidados Centrados na Saúde da Criança e

do Adolescente”, “Procedimentos na APS” e “Atenção e Cuidados Relacionados à Saúde Bucal”, a partir dos atributos propostos por Barbara Starfield (BRASIL, 2020a).

Assim como as demais medidas, a CaSAPS, em especial na primeira versão, provocou uma série de posicionamentos contrários de diversas entidades e pesquisadores participantes da construção da atenção básica no Brasil. Dentre as principais críticas do CNS, da Associação Brasileira de Enfermagem e da Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE), estão a pouca ou nenhuma participação do controle social no processo de elaboração da proposta, o caráter quase estritamente biomédico de atenção à saúde no documento, com pouco espaço para prevenção e promoção da saúde, e a menção a aspectos relacionados ao território e à territorialidade, além da desvalorização do papel da equipe de enfermagem (ANTUNES *apud* NOGUEIRA, 2019; GIOVANELLA; FRANCO, 2019). Morosini, Fonseca e Baptista (2020) complementam que, ao esvaziar o enfoque no território, a Carteira pretere a participação popular, a visita domiciliar e, como em uma relação de causa-efeito, quase apaga a presença do ACS. Desta forma, os atributos utilizados para justificação da própria (longitudinalidade e coordenação do cuidado) são por ela mesma ameaçados.

Em reportagem ao portal da Escola de Saúde Pública Joaquim Venâncio, Mariana Nogueira (2019, não paginado) alertou para a chamada “guinada biomédica”:

A carteira de serviços restringe o lugar da atenção básica, coloca o procedimento biomédico no centro da política quando na verdade o que deveria ser reafirmado é o lugar da atenção básica como ordenadora da rede e reorientadora do modelo de atenção. Isso implicaria em pensar ações para além dos procedimentos ofertados para os usuários de maneira individual dentro do consultório e processos de promoção da saúde no território, a partir da continuidade do cuidado, da educação popular, da participação social.

Outra preocupação da investigadora era a necessidade de entender os interesses presentes na formulação desse instrumento diante da atual conjuntura econômica e política. Refere: “nesse contexto, os padrões essenciais não partem de um subsídio da integralidade, no sentido do necessário a atender às demandas socio sanitárias da população, enquanto um direito, mas do possível e do mínimo a ser ofertado” (ANTUNES *apud* NOGUEIRA, 2019, não paginado). Diante desse regaste geral das principais normativas dos governos Temer e Bolsonaro, o que é possível perceber é de fato um grande êxito no alcance do projeto do “SUS totalmente submetido ao mercado”, como afirmam Bravo e Pelaez (2020).

As consequências já se mostram perceptíveis do ponto de vista dos indicadores de saúde. Dados produzidos pelo jornal *Folha de São Paulo* em 2020 e reiterados pela Abrasco aponaram a partir de uma análise de 104 indicadores, que no primeiro ano do governo Bolsonaro, houve piora em diversos indicadores da saúde, educação, assistência social e meio ambiente. Referente à saúde, a partir de dados retirados do Sistema de Informação em Saúde para a atenção básica e do MS, observou-se queda no número de médicos da atenção básica (de 64.045 em 2018 para 62.787 em 2019) e de agentes comunitários de saúde (de 282.581 em 2018 para 281.207 em 2019), situação que não ocorria desde 2011; queda no número de atendimentos na atenção básica (208,7 milhões para 200,6 milhões); aumento dos casos de dengue (com 789 mortes) e sarampo (18 mil casos, 10 mil a mais que em 2018); aumento nas internações por pneumonia em menores de cinco anos (causa sensível a atenção básica), fato que não ocorria desde 2015 (BRAGON *et al.*, 2020).

Voltando ao artigo de Harzheim (2020a, p. 2), os autores afirmam que as propostas governamentais representaram “as bases estruturantes para uma Reforma na APS do Brasil”, através de dois conjuntos de princípios: o primeiro “se relaciona a uma visão contemporânea, democrática e liberal da necessidade de reforma do Estado brasileiro”; o segundo “diz respeito às características de um sistema universal de saúde efetivo, equânime e orientado pela APS”. No entanto, os pesquisadores deixaram clara a desconsideração do subfinanciamento do SUS, alegando a crise financeira, e as definições políticas para as tomadas de decisões, de modo a não misturar aspectos ideológicos com técnicos.

Apesar de tais desconsiderações por parte dos autores, esta tese, ao longo de sua construção, tem insistido em considerar esses fatores, especialmente o segundo, tendo em vista que é impossível simplesmente desconsiderar a conjuntura política e ideológica em que tais medidas se inserem. Desta forma, em nossa análise, o que todas essas e outras contrarreformas têm em comum é exatamente o fundo político, econômico, ideológico e epistêmico que parece determinar o processo sofrido pela atenção básica no momento atual, fazendo com que o enxugamento da atenção básica seja vivido não apenas na ordem da prática, mas também em sua filosofia e concepção. Diante disso, cabe tentarmos perceber o que está por trás dos aspectos atuais e conjunturais, indo para a raiz da questão.

4.3 ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE COLETIVA: ABISSAL E/OU DESCOLONIAL?

Considerando o resgate histórico anterior e os impactos sofridos pela atenção básica nos últimos anos, tentaremos dialogar com as teorias pós-coloniais e de descolonialidades para complexificar as relações de abissalidades presentes na saúde pública brasileira.

4.3.1 Teorias de colonialidades: conhecer para ir além

Os estudos e pensamentos associados ao pós-colonialismo e à descolonialidade são antigos e diversificados. O pós-colonialismo pode ser subdividido em duas fases, de acordo com Ballestrin (2017). A primeira é composta pelos escritos pós-coloniais precursores oriundos do anticolonialismo revolucionário com as lutas pela libertação nacional e com os movimentos de independência, sobretudo na África e na Ásia nos anos de 1960, tendo como importantes atores da luta política Franz Fanon, Almícar Cabral, Aimé Cesaire, Du Bois, dentre outros. Nessa fase, já era latente a problematização sobre a relação entre colonizado e colonizador através da questão da identidade e do racismo. A segunda fase, denominada “pós-colonialismo canônico” ou “pós-estrutural”, foi inaugurada em 1978, com a obra *Orientalismo*, de Edward Said (SAID, 1990). Conformando a tríade marcante desse período, incluem-se outra e outro estudiosos diaspóricos do Sul da Ásia: Homi Bhabha e Gayatri Spivak.

Na obra *Orientalismo* (1990), Said, a partir dos movimentos de descolonização do início do século XX, apresenta uma crítica à relação Oriente/Ocidente imposta por este último. Seus principais argumentos são os de que o Ocidente (Europa) é construído a partir de uma relação de contraste, que ele mesmo faz, com o Oriente, e que o Oriente (Oriente Médio comumente chamado) é uma invenção do Ocidente, já que as descrições da Europa sobre o Oriente no período colonial não representavam a realidade. O Oriental foi (e ainda é) descrito como selvagem, irracional, sensual, feminino, misterioso, imutável no tempo e indiferenciado no espaço, justificando a intervenção ocidental. Como afirma Said, “a relação entre o Ocidente e o Oriente é uma relação de poder e de dominação de graus variados de uma complexa hegemonia” (SAID, 1990, p. 1, tradução nossa).

Home Bhabha, outro importante expoente da tríade acadêmica dos estudos pós-coloniais, com olhar mais voltado para o campo cultural, em sua obra *The*

Location of Culture (1994), coloca que a teoria pós-colonial é uma “tentativa de interromper os discursos ocidentais da modernidade por meio de deslocamento subalterno interrogativo ou narrativas pós-escravidão e as perspectivas teórico-críticas que geram” (BHABHA, 1994, p. 199, tradução nossa) e assim “contesta a modernidade por meio do estabelecimento de outros locais históricos, outras formas de enunciação” (p. 254), ou seja, trata-se de reinscrever outras narrativas sobrepostas ao discurso colonial. Para ele, o discurso colonial, como aparato de poder, nega as diferenças raciais/culturais/históricas e produz uma suposta subjetividade a partir da vigilância, fazendo com que o colonizado pareça depender do colono para, com isso, justificar a conquista e estabelecer sistemas administrativos e culturais; afirma: “ao marcar uma nação subjetiva, apropria-se, dirige e domina suas várias esferas de atividade” (p. 184, tradução nossa), quando, na realidade, o colonizador é que precisa do colonizado para existir.

Completando a tríade, em linhas muito gerais, Gayatri Spivak, em *Pode o subalterno falar?* (2014), retrata o pós-colonialismo através da possibilidade ou não de o subalterno (a mulher) falar por si própria, porque comumente o Ocidente fala de e por ela (ele), sendo uma característica do colonialismo cometer violência epistêmica pelo uso do poder. Desta forma, a expressão do colonialismo é a produção do sujeito subalterno por mecanismos de representação e não por sua própria voz. Com isso, o sujeito subalterno é tido como um “pano em branco”, produzido de acordo com o olhar do outro (europeu). Nas palavras da autora,

[...] aquilo que é pensado, mesmo em branco, ainda está no texto e deve ser confiado ao Outro da história. Esse espaço em branco inacessível, circunscrito por um texto interpretável, é o que a crítica pós-colonial do imperialismo gostaria de ver desenvolvida, no espaço europeu como o lugar da produção de teoria [...] tornar o pensamento ou o sujeito pensante transparente ou invisível parece, por contraste, ocultar o reconhecimento implacável do Outro por assimilação. (SPIVAK, 2014, p. 107-108).

Com base nesses e em outros atores e autores, outro autor mais contemporâneo que discute as questões pós-coloniais é o português Boaventura de Sousa Santos, o qual, desde meados de 1980, utilizando a expressão “pós-modernidade” no debate epistemológico, realiza uma profunda crítica ao paradigma moderno inaugurado nos séculos XVI e XVII na sociedade europeia, caracterizando-

o como dicotômico, dualista e sexista (BASTOS; GONÇALVES, 2015; MIGLIEVICH-RIBEIRO, 2014).

Uma proposição central do autor é a ideia de pensamento abissal. Para ele, a base desse pensamento é que existe na sociedade uma linha abissal – dinâmica, invisível e invisibilizadora – que se encontra por detrás de fenômenos excludentes. Trata-se de uma linha que “divide” o Norte Global do Sul Global¹⁰ e impede a presença simultânea de quem ou o que está “deste lado da linha”, os visíveis, com o que ou quem está “do outro lado da linha”, os invisíveis. Esses últimos sequer são considerados excluídos: são inexistentes. A característica fundamental do pensamento abissal é a impossibilidade da copresença dos dois lados da linha. Santos, Araujo e Baumgarten (2016, p. 16) completam:

A negação dessa humanidade é essencial à constituição da modernidade, uma vez que é condição para que o lado de cá possa afirmar a sua universalidade. Assim, práticas que não se encaixam nas teorias não põem em causa essas teorias, e práticas desumanas não põem em causa os princípios da humanidade.

Dessa forma, Santos (2007, p. 71) coloca que o “pensamento moderno ocidental é um pensamento abissal” que, utilizando-se da apropriação (incorporação, cooptação e assimilação) e violência (destruição física, material, cultural e humana), “continua a operar mediante linhas abissais que separam o mundo humano do mundo subumano” (p. 76).

Nos tempos atuais, esse pensamento abissal [moderno] não é mais representado por fronteiras nítidas (ou até é, como no caso do muro que Israel construiu na Palestina); representa linhas sinuosas porém sempre marcadas por violência/apropriação, em vez de regulação/emancipação. Um movimento importante desse pensamento hoje é o “regresso do colonizador” (p. 79), por um novo *modus operandi*, ressurgem “novas” formas de governo colonial. Segundo Santos (2007, p. 79-80),

A expressão mais saliente desse movimento pode ser concebida como uma nova forma de governo indireto, que emerge em diversas situações em que o Estado se retira da regulação social e os serviços públicos são privatizados, de modo que poderosos atores não estatais adquirem controle sobre a vida

¹⁰ O Sul é concebido metaforicamente como um campo de desafios epistêmicos, que procuram reparar os danos e impactos historicamente causados pelo capitalismo na sua relação colonial com o mundo (SANTOS; MENESES, 2009, p. 12).

e o bem-estar de vastas populações. A obrigação política que ligava o sujeito de direito ao *Rechtstaat*, o Estado constitucional moderno, antes prevalecente neste lado da linha, passou a ser substituída por obrigações contratuais privadas e despolitizadas, nas quais a parte mais fraca se encontra mais ou menos à mercê da parte mais forte. Essa forma de governo apresenta algumas semelhanças perturbadoras com o governo da apropriação/violência que historicamente prevaleceu do outro lado da linha.

Na sociedade capitalista, patriarcal e colonial em que vivemos, essa linha abissal [moderna] atravessa quase todas as dimensões, produzindo exclusões abissais. Do ponto de vista mais amplo, podemos exemplificar com a relação entre Israel e Palestina ou, mais próximo, a relação entre o Brasil e os indígenas. Reduzindo a dimensão, ela permeia o espaço doméstico: na violência doméstica; no espaço do trabalho, com a exclusão de todos os que trabalham sem direitos; no espaço da comunidade, através da xenofobia, do racismo e da islamofobia, ou pelo não reconhecimento, por exemplo, dos conhecimentos populares, camponeses, indígenas, que desaparecem como conhecimentos relevantes por se encontrarem do “outro lado da linha”, sendo seus conhecimentos considerados apenas crenças, opiniões, magia, idolatria, que servem como objetos de investigações; no espaço da cidadania, com a cidadania excludente; no espaço político, com a formulação de políticas públicas que privilegiam alguns em detrimento do sofrimento e da perda de direito de outros, etc. (SANTOS; MENDES, 2018).

Uma consequência desse pensamento abissal é o que Santos (2002) denominou “epistemologia da cegueira”: que exclui, silencia e condena à não existência epistêmica tudo o que não é susceptível de ser incluído nos moldes da ciência moderna. Desta forma, a ciência moderna transformou-se em uma forma de conhecimento-regulação na ordem próxima do colonialismo, ou seja, transformou o outro em objeto, em matéria-prima para ser manipulada de acordo com a conveniência.

Em nossa leitura, a cegueira, além de invisibilizar, pode representar também a incapacidade da ciência moderna de não ver os outros saberes, já que vive imersa em uma “razão indolente”¹¹ (SANTOS, 2002), ou seja, revestida de uma suposta neutralidade e verdade absoluta que consideram o saber local, tradicional, e/ou indígena (todos usados de maneira pejorativa ou com menor valor) incompletos ou

¹¹ “A razão é indolente porque é inerte perante a necessidade que só ela pode imaginar como lhe sendo exterior e displicente, que não sente necessidade de se exercitar por se imaginar incondicionalmente livre.” (SANTOS, 2002, p. 43).

não válidos – daí a necessidade de serem apropriados, pensamento típico do paradigma dominante¹².

Agora, acerca dos estudos e pensamentos ligados à descolonialidade, destaca-se a Escola da Modernidade/Colonialidade (M/C). O grupo constituído em 1998, a partir da dissolução do Grupo Latino de Estudos Subalternos, das críticas ao cânone pós-colonial¹³ e radicalizando a crítica à modernidade e ao eurocentrismo, procurou inserir a América Latina no debate do contexto pós-neoliberal. Apesar de inicialmente apresentado pelo filósofo argentino/mexicano Enrique Dussel, o sociólogo peruano Aníbal Quijano, o teórico cultural argentino Walter Dignolo e até o sociólogo estadunidense Immanuel Wallerstein, depois foram incorporados ao grupo uma série de estudiosos: María Lugones, Edgardo Lander, Santiago Castro-Gómez, Eduardo Restrepo, Catherine Walsh, Zulma Palermo, Ramón Grosfogel, Nelson Maldonado-Torres, dentre outras e outros (BALLESTRIN, 2014).

Dentre as diversas contribuições do grupo para o debate global e atual sobre o pós-colonialismo, destaca-se o próprio conceito de “colonialidade”, que, diferindo de “colonialismo” ou “colonização”, está “aberto à reconstrução e restituição de histórias silenciadas, subjetividades reprimidas, linguagem e saberes subalternizados pela ideia de totalidade definida sob o nome de modernidade e racionalidade” (MIGNOLO, 2010, p. 14, tradução nossa). Este foi representado a partir de três dimensões: poder, saber e ser. Ademais, ressalta a teorização da colonialidade como a face oculta da modernidade, tendo em vista que “a modernidade que a Europa toma como contexto de seu próprio ser está tão profundamente imbricada nas estruturas de dominação colonial europeia sobre o resto do mundo que é impossível separar a modernidade e a colonialidade” (BHAMBRA, 2014, p. 118, tradução nossa).

Sobre as dimensões da colonialidade, a do poder foi cunhada por Aníbal Quijano no artigo *Colonialidad y modernidad/racionalidad* (1992). Na publicação, o autor sistematiza o conceito, que, em linhas gerais, refere-se às formas modernas de

¹² “Modelo de racionalidade que preside a ciência moderna, constituída a partir do século XVI. Também chamado de modelo global (ocidental) de racionalidade científica, por isso totalitário, já que nega o caráter racional a todas as formas de conhecimentos que não pautadas pelos seus princípios epistemológicos e metodológicos.” (SANTOS, 2002, p. 61).

¹³ “A ênfase analítica dada pelos pós-coloniais, que privilegiou análises sobre representações culturais, indenitárias, psicanalíticas, linguísticas, discursivas e literárias, foi criticada por uma série de autores marxistas e não marxistas, principalmente nos anos 1980 e 1990. [...] O pós-colonialismo foi criticado pela sugestão ambígua de superação do colonialismo, pelo culturalismo exacerbado incapaz de problematizar o sistema material e econômico do capitalismo – e, logo, do colonialismo e do imperialismo – e pela projeção de certa elite intelectual, cuja crítica pós-colonial era enunciada desde o ‘Primeiro Mundo’.” (BALLESTRIN, 2017, p. 511).

exploração e dominação oriundas do processo europeu de expansão colonial. Alega que, apesar do fim do colonialismo político-econômico e jurídico-administrativo, as relações entre a cultura ocidental (europeia) e as demais, continua sendo de colonização, sobretudo dos padrões de expressão a partir da ideia de totalidade, segundo os quais a sociedade é uma estrutura fechada, organizada pelo sistema de hierarquia (QUIJANO, 1992). Segundo Quijano (2014, p. 208, tradução nossa), “o eurocentrismo, como forma dominante de perceber, de elaborar a nossa realidade, é um elemento necessário da colonialidade do poder que perdura e se reproduz no interesse dos beneficiários desse poder”.

No caso da América Latina, as categorias “raça”, “cor”, “etnicidade” são os fundamentos do eurocentrismo, uma vez que a dominação europeia sobre os índios, negros e mestiços (identidades sociais até então não existentes) não se exerceu apenas nos aspectos socioeconômico e de classes, mas sobretudo no etnoracial (QUIJANO, 2014). Dessa forma, a categoria raça, como instrumento de classificação social, torna-se um eixo estruturante, tendo em vista que o não branco foi assim classificado em contraposição ao colono branco, para representar o ser colonizado e dar legitimidade às relações de dominação e de superioridade/inferioridade entre dominantes e dominados (QUIJANO, 2005). Resgatando tal relação para os tempos atuais, pergunta o autor:

É mera coincidência que na escala global do planeta, a esmagadora maioria dos explorados, dominados, discriminados e em algumas regiões até despojados de recursos de sobrevivência provêm de sociedades destruídas e/ou colonizadas por europeus? É mera coincidência que as regiões e / ou países da “periferia” ou do “sul” correspondam precisamente às áreas habitadas por sociedades destruídas e / ou colonizadas por europeus? É mera coincidência que as pessoas que descendem, parcial ou totalmente, das populações colonizadas por europeus, sejam em sua maioria dominadas e discriminadas onde quer que vivam? (QUIJANO, 2014, p. 205, tradução nossa).

Todavia, o processo de constituição histórica da América obteve as formas de controle e de exploração do trabalho articuladas em torno da relação capital e mercado mundial. Com isso, somada à categoria raça, foi inserida a categoria trabalho na relação de dominação. Desse modo, “impôs-se uma sistemática divisão racial do trabalho” (QUIJANO, 2005, p. 118), tendo sido naturalizado que os trabalhadores não assalariados ou que deveriam ter piores condições de trabalho seriam os não brancos.

Pode-se dizer que a colonialidade do poder e a organização do capitalismo de mercado caminham lado a lado.

Neste sentido, Mignolo (2010, p. 79, tradução nossa) questiona: “Como o ‘capitalismo’ se relaciona e interage com a retórica da modernidade e da colonialidade e com a matriz colonial do poder?” Respondemos dizendo que a relação é direta e explícita, tendo em conta que o capitalismo se aponta como uma colonialidade do poder global, que a expansão da colonização europeia criou uma série de hierarquias que se entrelaçam, a citar as distinções hierárquicas de classe, de grupo etnoracial, de gênero, de sexualidade, de tipos de organização estatal, de espiritualidade, de epistemologia. Exemplos desses entrelaces hoje são a relação da racialização dos índios com a homofobia e o militarismo e a repressão policial com a supremacia branca, masculina e heterossexual (GROSFOGUEL, 2012).

No sentido de ampliar as categorias da colonialidade do poder, María Lugones (2007) propõe inserir as de “gênero” e “sexualidade” simultaneamente à categoria de “raça” no debate sobre a modernidade/colonialidade, apresentando assim a “colonialidade de gênero”. Para Lugones, a colonização não apenas inventou o colonizado, mas também rompeu os padrões sociais e as relações de gênero. Com isso, a partir do entendimento europeu de gênero e sexo, atribuem-se padrões de homens e mulheres apagando outras concepções de gênero, sexo e sexualidade preexistentes. Essa separação levou a hierarquizações entre os gêneros, fazendo com que as mulheres colonizadas “sumissem” da estrutura social (LUGONES, 2007; BHAMBRA, 2014). Assim, junto a outras autoras feministas, Lugones contribuiu para um pensamento feminista descolonial.

Considerando tais dimensões, para Mignolo (2010, p. 12, tradução nossa), “[...] a colonialidade do poder é atravessada por atividades e controles específicos como a colonialidade do conhecimento, a colonialidade do ser, a colonialidade do ver, a colonialidade do fazer e pensar, a colonialidade do ouvir, etc.” Neste sentido, o autor alargou o conceito, conforme os pilares (conhecer, entender e sentir) da matriz colonial de poder, a partir de cinco domínios: a) controle da economia; b) controle da autoridade; c) controle da natureza; d) controle do gênero e da sexualidade; e) controle da subjetividade e do conhecimento.

Sobre este último controle (subjetividade e conhecimento), apesar de desde meados dos anos 1970, a partir da teoria da dependência, ter-se a ideia de que o conhecimento é uma ferramenta de colonização, Quijano explicitava a vinculação da

colonialidade do poder às esferas políticas e econômicas, ao conhecimento, de forma simbólica, cultural e/ou material, como afirma:

A repressão recaiu, em primeiro lugar, sobre os modos de conhecer, de produzir conhecimento, de produzir perspectivas, imagens e sistemas de imagens, símbolos, modos de significação; sobre os recursos, padrões e instrumentos de expressão formalizada e objetificada, intelectual ou visual. Seguiu-se a imposição do uso de padrões de expressão próprios dos dominantes, bem como suas crenças e imagens referentes ao sobrenatural, que serviram não só para impedir a produção cultural dos dominados, mas também como meio muito eficaz de controle social e cultural. (QUIJANO, 1992, p. 12, tradução nossa).

A partir de Quijano, Mignolo (2003) coloca que a colonialidade do poder configura historicamente uma geopolítica do conhecimento, em que a possibilidade de pensar e ter saberes válidos é atribuída apenas a alguns em determinados lugares (no lugar mais alto na escala hierárquica). Isso permite deslegitimar uns saberes e legitimar a suposta superioridade de outros, aproximando-se da epistemologia da cegueira. Isto se dá em razão da colonização epistemológica de base eurocêntrica e etnocêntrica, que é preconceituosa e arrogante. Deste modo, o autor propõe outros locais de anúncio, o que ele chama de “gnose liminar”, ou seja, a afirmação e a pronúncia de saberes historicamente subalternizados que estão no espaço liminares, de fronteiras, por exemplo, com autores africanos, árabes e latino-americanos. Com isso, a partir da relação colonialidade e epistemologia, pode-se falar da dimensão da colonialidade do saber. Para Porto-Gonçalves (2005, p. 3),

A colonialidade do saber nos revela que, para além do legado de desigualdade e injustiça sociais profundos do colonialismo e do imperialismo, já assinalados pela teoria da dependência e outras, há um legado epistemológico do eurocentrismo que nos impede de compreender o mundo a partir do próprio mundo em que vivemos e das epistemes que lhes são próprias.

Sobre o aspecto da subjetividade, Maldonado-Torres (2008b) (a partir de Quijano, Fanon, Lévinas e outros) aprofundou o conceito de “colonialidade do ser”, utilizado inicialmente por Mignolo (2003). A colonialidade do ser nasce da relação entre colonialidade do poder e do saber, como afirma Mignolo (2003, p. 633):

A “ciência” (conhecimento e sabedoria) não pode ser separada da linguagem; as línguas não são apenas fenômenos “culturais” em que as pessoas encontram a sua “identidade”; elas também são o lugar onde se inscreve o conhecimento. E, dado que as línguas não são algo que os seres humanos

têm, mas algo de que os seres humanos são, a colonialidade do poder e a colonialidade do conhecimento engendraram a colonialidade do ser [*colonialidad del ser*].

Dito isso, Maldonado-Torres (2008b) propõe que, para concretizar a colonialidade do ser, deve-se relacionar o ser com sua historicidade e tradição. Desta forma, “a colonialidade do ser refere-se ao processo pelo qual o senso comum e a tradição são marcados por dinâmicas de poder de carácter preferencial: discriminam pessoas e tomam por alvo determinadas comunidades” (p. 96). Esse carácter preferencial, por sua vez, se expressa através das violências impostas pela colonialidade do poder, que se liga ao racismo, à exploração capitalista, ao controle sobre o sexo e ao monopólio do saber. Com isso, esses povos e grupos, a quem Frantz Fanon (2008) chamou “os condenados da terra”, são muitas vezes vistos como “sub-humanos”, “seres humanos de segunda classe” e, assim, descartáveis da história ou condenados a uma história criada para eles (PORTO-GONÇALVES; QUENTAL, 2012).

Por fim, outra importante contribuição do Grupo Modernidade/Colonialidade foi o conceito de “colonialismo interno”, reatualizado por Pablo González Casanova (2007) a partir de Wright Mills (1963). Para González Casanova (2007, p. 432), o colonialismo interno

Está originalmente ligado a fenômenos de conquista, em que as populações de nativos não são exterminadas e formam parte, primeiro do Estado colonizador e depois do Estado que adquire uma independência formal, ou que inicia um processo de libertação, de transição para o socialismo, ou de recolonização e regresso ao capitalismo neoliberal.

O termo representou, durante muito tempo, um tabu para distintas correntes ideológicas. Os ideólogos do imperialismo não aceitavam que existissem relações de comércio baseadas nas desigualdades e exploração nem em um plano internacional nem nacionalmente. E os ideólogos que lutavam com os movimentos de libertação ou pelo socialismo não aceitavam reconhecer que o Estado-Nação ao qual se filiavam poderia manter e renovar muitas das estruturas coloniais (GONZÁLEZ CASANOVA, 2007).

Nos anos de 1960, em *La democracia en México* (1965) e em *Sociología de la explotación* (1969), González Casanova, através da vinculação entre classe, imperialismo e colonialismo, sustentou a tese de que as relações coloniais se davam

também dentro de um mesmo país, “à medida que há nela uma heterogeneidade étnica, em que se ligam determinadas etnias com os grupos e classes dominantes, e outras com os dominados” (GONZÁLEZ CASANOVA, 1965). Desta forma, muitas vezes, os Estados e suas classes dominantes reproduzem dentro da sua fronteira política as relações coloniais ou neocoloniais.

Esse tipo de colonialismo apresenta três características importantes: a primeira é a junção entre desigualdade econômica e etnorracial, em que as classes dominantes são, ou pensam que são, racialmente brancas e etnicamente descendentes dos colonizadores europeus e, devido a isso, cria-se uma “consciência colonizadora” (GONZÁLEZ CASANOVA, 2007, p. 446) fazendo com que haja uma perda ou enfraquecimento da identidade e cultura local, bem como uma falsa ideia de apropriação do outro; a segunda é a desigualdade regional, tendo em vista que o enriquecimento, o poder político e econômico passam a se concentrar em certas regiões do país, em detrimento do empobrecimento de outras; a terceira é a de que esse colonialismo está fortemente ligado à noção de classe social, uma vez que a maior parcela da população que sofre suas consequências é a mais socialmente e economicamente vulnerável.

Sobre tais características, um dos exemplos trazidos pelo autor é a relação entre o Norte e o Sul da Itália: para Gramsci, em um dos *Cadernos do cárcere* (2001), o Norte era um “sanguessuga” que se enriquecia à custa do Sul. Outro exemplo é o próprio Brasil, onde o colonialismo interno foi e é reposicionado dentro de diversos contextos: pelo aumento da dominação dos mercados e dos trabalhadores; pelas relações desiguais entre regiões; pelo racismo como elemento estrutural; através do aprofundamento de estratégias de conquista e controle, inclusive territorial; pela diferença na oferta e no acesso a políticas públicas, etc. (MALHEIRO, 2020).

Entender os conceitos é útil para, nos dias atuais, percebermos a raiz da intensificação da dominação do capital nacional e internacional; as relações de exploração, dominação, discriminação e exclusão; a ocupação dos espaços territoriais e sociais; as intensas investidas, anteriormente citadas, de desmonte das políticas públicas, sobretudo da atenção básica. Trata-se de processos exacerbados com a ascensão do capitalismo e sua política neoliberal sobre os projetos de sociedade coletivas, levando a uma colonização inter, intra e transnacional (GONZÁLEZ CASANOVA, 2007).

4.3.2 Os pensamentos pós-abissais e descoloniais: horizontes possíveis

À luz do que foi dito anteriormente, e na tentativa de estabelecer movimentos de rupturas, iremos, nesta seção, dissertar sobre horizontes possíveis através das teorias de pensamentos pós-abissal e descoloniais.

Para Santos (2007), o alcance da justiça social está imbricado com a justiça cognitiva; para tal, é necessário pensar “um pensamento alternativo de alternativas” (p. 83), um pensamento pós-abissal.

O pensamento pós-abissal parte do reconhecimento de que a exclusão social, no seu sentido mais amplo, assume diferentes formas e da noção de que enquanto persistir a exclusão definida abissalmente não será possível qualquer alternativa pós-capitalista progressista. (SANTOS, 2007, p. 84).

Dessa forma, tecendo uma crítica ao modelo de racionalidade da razão indolente, o autor propôs um modelo denominado razão cosmopolita¹⁴ para confrontar a concepção totalizadora e ausente da primeira razão. Para tanto, Boaventura desenvolve três procedimentos sociológicos: a sociologia das emergências, a sociologia das ausências e a tradução intercultural (SANTOS, 2002).

A sociologia das emergências se constrói a partir da ideia de “ainda-não” de Ernest Bloch (1995). Bloch, indo de encontro ao tudo ou nada, introduz os conceitos de “ainda-não” e “não”, sustentado na premissa de que o possível é a única forma de perceber a incompletude da totalidade. O não é a falta ou oposição a algo e, conseqüentemente, o desejo de superar esta falta ou de propor algo diferente. O ainda-não, por sua vez, exprime o desejo de algo, o que está por vir. “O ainda-não é o modo como o futuro se inscreve no presente e o dilata. Não é um futuro indeterminado nem infinito. É uma possibilidade e uma capacidade concretas que nem existem no vácuo, nem estão completamente determinadas.” (SANTOS, 2002, p. 255).

Neste sentido, a sociologia das emergências, ao ampliar o presente (dos saberes, das práticas e dos agentes), almeja identificar possibilidades plurais e concretas, simultaneamente utópicas e realistas, construídas no presente. Ela atua tanto sobre as possibilidades (potencialidade) como sobre as capacidades (potência),

¹⁴ Por um lado, defende que a compreensão do mundo excede largamente a compreensão ocidental do mundo. Por outro, defende que quanto mais compreensões não-ocidentais forem identificadas mais evidente se tornará o fato de que ainda restam muitas outras por identificar (SANTOS, 2007, p. 84).

a partir da negação à lógica de tempo linear (SANTOS, 2002). De forma mais prática, pode-se dizer que a sociologia das emergências:

Postula a identificação de experiências, conhecimentos e práticas nascidas das lutas e resistências contra as diversas formas de opressão e dominação [...]. As práticas de sobrevivência cotidiana dos grupos, comunidades e pessoas abissalmente excluídas constituem formas de luta, tal como os movimentos sociais e experiências de ação coletiva, muitas vezes resgatando, recriando ou reinventando experiências e histórias de lutas e resistências passadas. (NUNES; LOUVISON, 2020, p. 5-6).

A sociologia das ausências é uma abordagem epistemológica que visa transformar as ausências ou não presenças produzidas (propositalmente) pela razão metonímica, por supostamente não caberem no seu tempo linear e na sua totalidade, e/ou por considerarem saberes diversos ignorantes o suficiente para não serem validados, em presenças. Assim, ela procura ouvir as vozes das “não existências” criadas pela ideia de monocultura do saber. Para tal, ela pretende superar as cinco formas de produzir as ausências ou não presenças: monocultura do saber e do rigor do saber; monocultura do tempo linear; lógica da classificação social; lógica da escala dominante; lógica produtivista. E o faz por meio de outras cinco formas transgressoras: ecologia dos saberes; ecologia das temporalidades; ecologia dos reconhecimentos; ecologia das transescalas; ecologia da produtividade (SANTOS, 2002). “Comum a todas estas ecologias é a ideia de que a realidade não pode ser reduzida ao que existe. Trata-se de uma versão ampla de realismo, que inclui as realidades ausentes por via do silenciamento, da supressão e da marginalização. ” (p. 253).

Entre estas “contraepistemologias”, destaca-se a ecologia dos saberes, pelo seu alcance na obra de Boaventura e o grupo a ele associado. Ela se diz ecológica porque, ao reconhecer a infinita pluralidade dos conhecimentos, defende a interação entre eles sem que um seja predador do outro, baseando-se na premissa do interconhecimento. Essa interação, por sua vez, não deve incidir sobre o abstrato, mas contribuir para a transformação de práticas sociais. Dessa forma, esta ecologia tem como ponto de partida romper com as visões de monocultura do saber, do rigor científico e de que os saberes não científicos são alternativos, em vez de complementares, aos científicos, por meio de uma visão de incompletude, dialogicidade e horizontalidade (SANTOS, 2007). Assim, irá recuperar vivências perdidas e/ou esquecidas (sociologia das ausências), utilizando-se, dentre outros atributos, da tradução intercultural.

A tradução intercultural, complementar da sociologia das ausências e da sociologia das emergências, já que cria articulação na diversidade de experiências vislumbrada pelas sociologias, aparece como uma resposta à crença da totalidade do mundo, agindo sobre os saberes e práticas, imbricados. Sobre os saberes, na forma de uma “hermenêutica diatópica” (SANTOS, 2002, p. 262), ou seja, onde todas as culturas são incompletas e portanto passíveis de trocas e confrontos com outras, ela age por meio do trabalho de interpretação e inter cruzamento entre duas ou mais culturas ou saberes, possibilitando uma inteligibilidade recíproca. Esse trabalho pode se dar entre saberes hegemônicos e não hegemônicos, e preferencialmente entre os não hegemônicos, pois desta forma é possível construir uma contra-hegemonia. A tradução intercultural, quando age sobre as práticas sociais e seus agentes, em dado tempo e espaço, visa “criar inteligibilidade recíproca entre formas de organização e entre objetivos de ação” (p. 265), identificando articulações recíprocas, alianças possíveis e contradições intransponíveis entre movimentos e sujeitos coletivos.

Tais concepções remetem-nos às proposições de Paulo Freire em *Pedagogia do Oprimido* (1987). Na obra, Freire enfatiza a necessidade de perceber as diferenças culturais e os contextos para repensar uma pedagogia que desconstrua uma ordem social injusta e opressora. Para tanto, essa proposta deve ser forjada em uma práxis (ação e reflexão) libertadora e revolucionária, fundada no diálogo entre os indivíduos a partir da sua realidade para, por meio da construção de uma consciência coletiva crítica, buscar a transformação social, já que, como afirma Freire (1987, p. 52), “é impossível a superação da contradição opressor-oprimido sem práxis”.

Diante do exposto, diz-se que o pensamento pós-abissal pode ser sintetizado como um reconhecer a existência do Sul, aprender com o Sul e, a partir do Sul, usando uma “epistemologia do Sul”, sendo esta conformada pelo conjunto de procedimentos epistemológicos anteriormente descritos para denunciar as ausências, valorizar os diversos e almejar novos diálogos. Pretende, assim, (re)ver grupos sociais que têm sofrido injustiças e opressões pelo capitalismo, colonialismo e patriarcado, relacionando-se diretamente com as lutas sociais e políticas. Dessa forma, esta epistemologia “surge como uma proposta epistemológica subalterna, insurgente, resistente, alternativa contra um projeto de dominação que continua a ser hoje um paradigma hegemônico” (SANTOS; ARAÚJO; BAUMGARTEN, 2016, p. 17). Defende a indissociabilidade do mundo e a intervenção transformadora sobre ele a partir de e

com os oprimidos, ou seja, das histórias e experiências do Sul Global (SANTOS; MENESES, 2009).

Unindo-se a esse movimento mundial de refundação e descolonização epistemológica, o Grupo Modernidade/Colonialidade, com as devidas diferenciações geográficas e críticas, também propôs ferramentas de descolonização dos saberes e práticas, dentre as quais iremos focar na teoria sobre o giro descolonial. No entanto, antes de adentrarmos nessa ferramenta, vale entendermos um pouco o caminho até ela. Para Mignolo (2008, p. 258), estão na genealogia do pensamento descolonial

Mahatma Gandhi, W. E. B. Dubois, Juan Carlos Mariátegui, Amílcar Cabral, Aimé Césaire, Frantz Fanon, Fausto Reinaga, Vine Deloria Jr., Rigoberta Menchú, Gloria Anzaldúa, o movimento Sem Terras no Brasil, os zapatistas em Chiapas, os movimentos indígenas e afros na Bolívia, Equador e Colômbia, o Fórum Social Mundial e o Fórum Social das Américas. A genealogia do pensamento descolonial é planetária e não se limita a indivíduos, mas incorpora nos movimentos sociais (o qual nos remete aos movimentos sociais indígenas e afros).

Ademais, duas conceituações foram importantes para essa construção, o pensamento fronteiriço proposto por Mignolo (2003) e a noção de transmodernidade de Dussel (2000). O primeiro, resistindo às cinco lógicas da modernidade – cristianismo, liberalismo, marxismo, conservadorismo e colonialismo –, reafirma o espaço de onde o pensamento foi negado, daí a proposição “geo-e-corpo-política de conhecimento e entendimento” (MIGNOLO, 2010, p. 42, tradução nossa). Nesta ideia, o autor defende que a descolonização do conhecimento não é apenas o reconhecimento do saber do outro, mas, sobretudo, o entendimento da geopolítica do conhecimento a partir da sua historicidade, e o corpo faz a história. Já o pensamento de transmodernidade, para Dussel (2016, p. 63, grifos do autor), “indica todos os aspectos que se situam ‘além’ (e também, cronologicamente, ‘anteriores’) das estruturas valorizadas pela cultura euro-americana moderna”. É quase um resgate da origem, o que existia antes da modernidade, é uma espécie de “contra-modernidade”, mas não no sentido de criar um novo universal, e sim de pensar a modernidade/colonialidade a partir das posições ocupadas pelos sujeitos que sofrem de distintas formas a colonialidade do poder, do saber e do ser (DUSSEL, 2007).

Esses pontos e outros contribuíram para o entendimento de que descolonizar é:

Superar a colonialidade não meramente como problema jurídico, mas como relação social de poder que inclui a descolonização das epistemologias, da sexualidade, das relações de gênero, da política, da economia e das hierarquias etnoraciais, todas articuladas com a matriz de poder colonial, constituintes de um mundo que privilegia as populações europeias/euro-americanas em detrimento das não europeias. (GROSFOGUEL, 2012, p. 18).

No que tange especificamente ao conceito de “giro descolonial”, um importante expoente foi o poeta, intelectual e político martiniquense Aimé Césaire. Em sua obra *Discurso sobre el colonialismo* (2006), o autor faz uma forte crítica à “decadência” da Europa. A decadência, neste sentido, refere-se ao fato de a Europa ser uma civilização que não tem a capacidade de resolver os problemas por ela causados, e principalmente por “escolha fechar seus olhos para seus problemas mais cruciais” (p. 13, tradução nossa). Essa atitude era uma forma de justificar o colonialismo e se opor aos processos de descolonização. Diante dessa constatação, Césaire propõe um “novo discurso do método”, ou seja, “trata-se da articulação precisa da razão descolonial cujo objetivo principal não é apenas a mudança nos métodos de conhecimento, mas também a mudança social” (MALDONATO-TORRES, 2008b, p. 69, tradução nossa).

Dito isso, o giro descolonial é um termo originalmente proposto por Nelson Maldonado-Torres em 2005¹⁵ e que, em linhas gerais, representa uma série de movimentos de resistência e estratégias teóricas e práticas, políticas e epistemológicas para contestar e incitar uma mudança relativamente às formas hegemônicas de dominação do poder, ser e saber oriundas do projeto de modernidade e colonialidade.

Maldonado-Torres (2008b, p. 66, tradução nossa) coloca que o conceito de “giro descolonial” está relacionado a três aspectos:

1- As formas modernas de poder produziram e ocultaram a criação de tecnologias de morte que afetam diferentes comunidades e sujeitos de maneira diferente. 2- As formas coloniais de poder são múltiplas, e que tanto o conhecimento quanto a experiência vivida pelos sujeitos mais marcados pelo projeto de morte e desumanização modernas são altamente relevantes para a compreensão das formas modernas de poder e fornecer alternativas para elas. 3- Trata-se de uma diferenciação entre a ideia e o sentimento, de um lado, e o projeto de descolonização, de outro.

¹⁵ O autor organizou, em 2005, um encontro em Berkeley chamado *Mapping Descolonial Turn*, no qual, junto com o Grupo M/C e outras autoras caribenhas, latinas, feministas, utilizou o termo “giro descolonial” para referir-se à gama de expressões teóricas e filosóficas que abordam o problema de colonização e o projeto de descolonização.

Dessa forma, este giro tanto trata-se de uma atitude descolonial que surge como um “grito de espanto” em decorrência da necessidade de libertação mediante as tecnologias de morte (neo)coloniais, fazendo-nos lembrar da ideia de necropolítica de Achille Mbembe (2016b), já anteriormente retratada, segundo a qual matar ou deixar viver constituem a face mais perversa da soberania, quanto, por uma razão descolonial, que, por meio da atitude descolonial, assume uma outra postura ético-político-teórica, tem como fim a mudança social (MALDONATO-TORRES, 2008b).

4.3.3 Saúde coletiva e atenção básica: entre o abissal e o descolonial

Apresentadas as teorias pós-coloniais e descoloniais que nos fundamentam, importa agora tentarmos inter-relacioná-las com o nosso objeto de estudo. Tendo em vista a ainda incipiente literatura a respeito da saúde coletiva, e muito mais diretamente sobre a atenção básica, muito do que iremos debater no que concerne à AB parte de uma proposição nossa, o que torna o desafio grande e audacioso, porém necessário para percebemos as construções e pensarmos as desconstruções.

Em Portugal, associado ao sociólogo João Arriscado Nunes, um grupo de pesquisa do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, junto com investigadores brasileiros, tem levantado algumas preocupações para pensar a interconexão da saúde coletiva com as epistemologias do Sul, dentre as quais destacamos esta: “Como compreender proposições como a linha abissal, as sociologias das ausências e das emergências a partir das experiências da Saúde Coletiva?” (NUNES, 2017, não paginado). E acrescentamos esta questão: qual a relação da atenção básica com a colonialidade do poder, do saber e do ser?

Não na tentativa de responder mas de refletir de forma conflituosa, partimos do próprio campo da saúde coletiva. Sabe-se que este é formado por híbridas áreas disciplinares, como afirmam Paim e Almeida Filho (2000, p. 63): “a saúde coletiva pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde”, não sendo possível inferir acerca desse campo em sua totalidade e de forma universalizante, fato que iria de encontro à base conceitual desta tese.

O campo está permeado por disputas de poder e epistemológicas, levando em consideração as suas fases: a primeira, denominada fase pré-saúde coletiva, a partir

de 1955, marcada pelo projeto preventivista; a segunda, a fase da medicina social, que vai até o final dos anos 1970; a terceira, até 1994, considerado o período da saúde coletiva propriamente dita (NUNES, 1994) e o contexto histórico de sua constituição: “a aliança da saúde coletiva com a democracia e os direitos humanos e sociais deve-se ao fato histórico de que se gestar o campo em plena década de turbulências sociais e movimentos reivindicatórios, dentro da luta contra a ditadura brasileira e pela reforma social” (SCHRAIBER, 2008, p. 15). Esses fatos são importantes para percebermos os projetos em disputa e para situarmos o campo, entendendo que é determinado social e historicamente.

Essa reforma social, por sua vez, incluía no projeto da Saúde Coletiva uma reforma sanitária, desta forma, a contribuição da saúde coletiva para a reforma da saúde brasileira foi decisiva, tendo em conta que ela foi o arcabouço teórico e filosófico do MRSB, principalmente a partir dos conceitos de determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde e de “[...] seu postulado fundamental afirmar que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina” (BIRMAN, 1991, p. 12). Nesse sentido, Paim (2008, p. 292) afirma que “a saúde coletiva apoiou teoricamente o MRSB a partir do triedro ideologia, saber e prática, porquanto surgiu e se desenvolveu, como campo científico, de forma vinculada à proposta e ao projeto da reforma sanitária”. A saúde coletiva e o MRSB, que se influenciaram mutuamente, apareceram no Brasil, então, como processos de ruptura política, prática e conceitual da saúde pública.

A partir dessa perspectiva, consideramos que o movimento reformista tentou, em certa medida, aproximar os dois lados da linha abissal que existia na sociedade brasileira por meio da criação do SUS, trazendo aos ausentes ou silenciados a possibilidade de terem um aspecto fundamental da cidadania, o acesso a políticas públicas de saúde. Essas conquistas permitem caracterizar o movimento e a própria saúde coletiva a partir de um pensamento pós-abissal através de suas dimensões: civilizatória, que, como projetos ético-políticos, colocam a saúde como direito de todos e parte de um projeto de sociedade justa e igualitária; democrática, por meio da inserção da saúde na Constituição e da inclusão da participação social nos debates e construção do SUS; e epistemológica, com a mudança do discurso sobre o campo, ampliando-o ao alcance de uma justiça social, cognitiva e ecológica (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Sobre a atenção básica especificamente, é praticamente consensual que, dentro do campo da saúde coletiva, ela é uma das políticas de saúde (se não a única) que mais atua sobre os fatores de determinação social, tentando refletir acerca de outras possibilidades de cuidado, sobre as múltiplas práticas de saberes, sobre o que é saúde e sua relação com o território, contribuindo efetivamente para a melhoria da saúde da população e para a redução de iniquidades. Com isso, não seria precipitado dizer que a atenção básica foi uma proposta central para, do ponto de vista teórico-conceitual-prático, descolonizar a saúde brasileira, tendo em vista que ela representa o que há de mais próximo à proposição de ecologia dos saberes ou do cuidado, como proposto por Nunes e Louvison (2020) para se referir à superação da monocultura do saber no campo da saúde. Isso se dá, por exemplo, quando ela tem como premissa fundamental o vínculo com o território e com o indivíduo e pela sua capilaridade; quando tem como base de cuidado a valorização da prevenção e promoção da saúde e da integralidade do cuidado; quando os usuários mais frequentes são, em sua maioria, mulheres, idosos, pessoas negras, de baixa escolaridade e classe social, grupos historicamente subjugados pelo patriarcado, capitalismo e colonialismo; quando a lógica de saúde como produção social perfaz a sua própria lógica, ou seja, quando o movimento de resistência e de luta está imbricado com o seu movimento de construção; quando ela incita um profundo renovar (que, às vezes, pode ser retornar) das formas de pensar, agir e sentir à saúde.

No entanto, reconhecer a constituição da saúde coletiva, o MRSB e a atenção básica como resultantes de um processo de resistência contra as linhas abissais e como expressões relevantes do Sul Global, ou seja, como partes constitutivas e constituintes de uma pensamento pós-abissal na saúde, não significa abdicar de análises necessárias sobre as suas construções e execuções, especialmente nos últimos anos.

Neste sentido, o Núcleo Ecologias, Epistemologias e Promoção Emancipatória da Saúde vinculado à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), desde 2016, tem-se debruçado a pensar em alternativas de concepções e práticas para a saúde coletiva brasileira – no cuidado, na assistência, no planejamento, na promoção, na prevenção e na vigilância – a partir das dimensões ecológicas, epistemológicas e de lutas pelas justiça ambiental e cognitiva. Para isso, o grupo coloca que é necessário ultrapassar a hegemonia do saber imposta pela biomedicina, abrindo contra-hegemonicamente outras possibilidades de tecnologias de cuidado, como, por exemplo, as terapias

holísticas, integrativas e complementares, os conhecimentos e as práticas de saúde indígena, do campo e a Educação Popular em saúde (PORTO, 2019).

No entanto, o reconhecimento e a validação de saberes nascidos dessas experiências, por vezes, têm sua validade questionada por alguns segmentos da própria da saúde coletiva, em especial aqueles mais vinculados à parte chamada “dura” e/ou experimental do campo. Assim, é necessário complexificar a compreensão que parte do campo possui sobre saúde, doença e cuidado, como aponta Krenak (2021, p. 3): “Seria interessante a gente pensar o que chamamos de cuidado, de saúde, e não ficar prisioneiro dessas marcas já determinadas sobre o que é saúde, doença, bem-estar; essas ideias cristalizadas sobre o corpo, um corpo que não se constitui, um corpo que é dado. ”

A dificuldade de romper com os paradigmas de saúde estabelecidos de maneira hegemônica se ancora no espaço-tempo de construção do próprio campo, pois, apesar da tentativa de se estabelecer contra-hegemonicamente e das muitas conquistas no setor saúde como um todo, não se pode esquecer que a saúde coletiva foi construída a partir de um modo de funcionamento de Estado assentado na modernidade e colonialidade, em que uma das consequências é a construção do neoliberalismo como projeto civilizatório. Neste sentido, cabem as questões colocadas por Campos (2000, p. 220-221): “[A] saúde coletiva teria criado um novo paradigma, negando e superando o da medicina e o da antiga saúde pública? O que a troca de nomes de saúde pública para saúde coletiva revelou de novo? Que rupturas, de fato, aconteceram? O que existe de continuidade? ”

Passados 21 anos dessas indagações, no Brasil atual, parece que o âmbito do social, base da saúde coletiva, tem sido progressivamente silenciado por discurso e prática biomédicos aliados à ideologia do mercado, fazendo com que haja mais uma continuidade dos paradigmas anteriores do que rupturas. Desta forma, “ao perder-se a dimensão social dos fenômenos coletivos de saúde em sua objetivação científica, perde-se, imediatamente, a possibilidade de abordar racionalmente sua substância propriamente pública.” (AYRES, 2002, p. 150). Vemos isso, por exemplo, na relação público-privado, em que a elite (o que inclui o atual Governo) se ocupa de redistribuir os recursos coletivos entre si, fazendo com que haja o fortalecimento da lógica mercantil, colonial e oligárquica dentro da saúde coletiva. Desta forma, o autoritarismo estatal e o utilitarismo do mercado que perfaz a lógica no atual contexto trazem um

conjunto de valores que implicam conflitos sociais, dentre os quais perdas de direitos e, conseqüentemente, de cidadania (MARTINS, 2013).

Um aspecto que está na base do conflito público-privado na saúde é o da competição entre os direitos individuais e os coletivos, que, em tese, deveriam ser complementares, com prioridade do coletivo, já que existem “para minorar ou eliminar a insegurança e a injustiça de coletivos de indivíduos que são discriminados e vítimas sistemáticas de opressão” (SANTOS, 2013, p. 53). No entanto, a tensão entre esses dois direitos está que presente pelo olhar na razão capitalista e neoliberal, se debruça especialmente para o lado do direito individual.

Esse olhar, por sua vez, não diz respeito apenas à questão do acesso aos direitos, mas também ao modelo de saúde adotado; nesse sentido, voltamos à proposição do núcleo em ultrapassar a razão biomédica. Para tanto, cabe percebermos, em linhas gerais, a relação da biomedicina com o colonialismo.

A biomedicina, ou medicina ocidental, desde o período colonial, apontou-se como uma importante ferramenta de colonização do território e de controle da vida social e do corpo dos indivíduos, já que, ao se impor como modelo único de atenção à saúde em detrimento de todo e qualquer saber, reivindicando um exclusivismo epistemológico e por meio da medicalização da vida, dividindo o corpo/espírito-alma, colaborou, em conjunto com a religião e o direito, ao aparato colonial para as invasões territoriais (GAINES; DAVIS-FLOYD, 2004; LOCK, 2004; NUNES; LOUVISON, 2020).

Falsamente travestida em missão civilizatória de proteção do colonizador, a biomedicina, na verdade, se ocupou em agir sobre o corpo – social, cultural, biológico – para estabelecer regras e padrões de normalidade, utilizando como referência o corpo europeu, branco, masculino para justificar as necessidades de intervenções sobre os diferentes, estabelecendo uma representação do outro “patológico” em contraste ao “normal” (BRITO, 2020). Desta forma, concordamos com Stuart Hall, em *Representation: Cultural Representation and Signifying Practices* (1997), quando coloca que a representação do outro é uma forma de exercício de poder. Dito isso, pode-se afirmar que a biomedicina foi utilizada para fortalecer a ideologia colonial com apropriação e violência, em consonância com o que já apontaram Bhabha e Said por meio da ideia da dominação.

Apesar do fim do uso da biomedicina para a estrutura colonial de ocupação, sua lógica dicotômica, hierárquica, unicausal continua em voga “na cultura

contemporânea, estando largamente associada à especialização de saberes e ao emprego de tecnologia em larga escala, que tem disponibilizado um grande acúmulo de recursos materiais para alguns segmentos da sociedade” (NASCIMENTO; NOGUEIRA, 2014, p. 5).

Na saúde de maneira geral, este continua a ser o paradigma dominante, mesmo com os esforços da saúde coletiva brasileira em ser uma metateoria por meio da adoção do modelo da determinação social da saúde, requerendo tanto uma reformulação conceitual quanto prática e científica sobre o campo (BREILH, 2013). Com isso, a biomedicina, ainda hoje, apesar da relevância de suas tecnologias, é parte constitutiva da ciência ocidental moderna de matriz eurocêntrica que tem por base o modelo colonial e, assim, atua na lógica do extrativismo na produção de saberes, na utilização da força de trabalho, da apropriação e/ou expropriação de sujeitos, culturas e territórios. Desta forma, quando uma grande parte do campo da saúde coletiva ainda considera a biomedicina como sua importante fonte de produção política, de conhecimento e prática de saúde, retroalimenta as bases coloniais de pensar e fazer saúde. Do ponto de vista estrutural, isso pode ser reverberado em, por exemplo, um viés sexista e racista, segundo o qual certos corpos são privilegiados tanto na formação profissional quanto na prática diária (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Outras consequências são a formulação de políticas de saúde autoritárias, individualistas e mercantilizadas; a fragmentação do cuidado; a desvalorização do social e econômico; a especialização; as práticas exclusivamente ocidentais de tratamentos; a descontextualização; a supervalorização do profissional médica/o; a não valorização do saber tradicional e popular; a formação em saúde de caráter uniprofissional, pouco solidária, autoritária e centralizadora; a medicalização excessiva; a substituição da diversidade de saberes e experiências por conhecimentos eurocentrados, etc.

No âmbito da atenção básica, se, por um lado, esse nível de atenção foi pensado para ser a política de saúde que mais se aproxima do rompimento com as faces da colonialidade e do pensamento abissal, por outro, está inserido nesse mesmo contexto sustentado por concepções de saúde capitalistas e coloniais centradas no controle do corpo biológico e social (NASCIMENTO *et al.*, 2013). Assim, questionamos junto a Krenak (2021, p. 4):

Em que momento é possível cruzar a ideia da integralidade e equidade quando o próprio complexo todo não tem equidade, e mesmo quando busca a integralidade o faz de uma maneira manipulada e com o objetivo de controle? O sistema da saúde do Ocidente é controle.

Uma possível consequência é que, mesmo imerso no território, o fazer atenção básica por vezes se ausenta de debates estruturais – capitalismo, racismo, patriarcado – que estão na base da nossa formação como Estado-Nação, reforçando as ausências impostas pela colonialidade/modernidade. Ausência acentuada nos últimos anos, devido aos sujeitos e interesses que têm reformulado essa política de saúde, fazendo com que as colonialidades do poder, do ser e do saber atuem sobre a atenção básica por meio de uma estrutura política, econômica e ideológica como forças que impedem e/ou destroem os elementos fundamentais do seu fazer e ser. Isso coloca uma grande parcela da população em zonas de “não ser” (FANON, 2008), “de dominação, opressão e exclusão, gerando e perpetuando destruição ecológica e modos de existência, de exclusão abissal” (NUNES; LOUVISON, 2020, p. 3).

Este ponto nos leva à necessidade de pensarmos acerca da interseccionalidade e seus marcadores, em especial de classe, raça/cor e gênero, primordiais quando o tema é atenção básica, tendo em vista o contexto social e territorial em que ela comumente se insere, no qual as iniquidades experienciadas por certos grupos populacionais repercutem na forma de viver e, conseqüentemente, nos processos relacionados a saúde-doença. Tais marcadores também são essenciais para entendermos o lugar que a atenção básica ocupa e a atuação das forças contra ela, tendo em vista que aqueles fazem parte de um contexto de sistemas e estruturas de poder que, de acordo com o público em questão, conformadas pelo colonialismo, imperialismo, racismo e patriarcado, geram formas interdependentes de privilégio e opressão (HANKIVSKY *et al.*, 2017; NYGREN; OLOFSSON, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Neste sentido, a escassez de estudos nesse sentido tem gerado lacunas para a compreensão mais profunda tanto do impacto das várias dimensões das desigualdades que se relacionam e se reforçam mutuamente, influenciando as posições sociais, as experiências e as relações de poder sobre a saúde; quanto sobre a insistente tentativa de inferiorizar e até mesmo destruir a atenção básica brasileira dos moldes reformistas.

Retornando aos reflexos das dimensões da colonialidade sobre a atenção básica, do ponto de vista da política pública, podemos mencionar sua desvalorização: social, tendo em vista a ideia publicizada de ser uma assistência de “pobre para pobre” e da supervalorização do complexo médico-industrial, fazendo que com que outros modelos que visam outras formas de cuidado à saúde que não estruturadas sob a égide deste complexo, como é o caso da AB, sejam considerados menos válidos; financeira, já que ela é frequentemente subfinanciada e mais recentemente (des)financiada, quando comparada aos outros níveis de atenção à saúde dentro do SUS; profissional, pois grande parte dos profissionais de saúde, em especial a categoria médica, não prioriza a atenção básica como primeira escolha de campo de trabalho, havendo constantemente evasão e grande rotatividade nas equipes de saúde que compõem a atenção básica, bem como a dúvida sobre a capacidade técnica desses profissionais perante seus pares, o que leva a um desprestígio profissional e social; política, uma vez que a atenção básica, como se tem acompanhado, em especial desde 2016, tem sido alvo de ataques constantes do Governo Federal na tentativa de descaracterizar seus atributos e avanços; e epistemológica, pois desde 2016 tem havido um alto investimento conceitual em tentar “eurocentrizar” e “biologizar” a atenção básica, indo de encontro a sua configuração como um modelo de saúde a partir do saber baseado na solidariedade, integralidade, equidade e promoção da saúde, dentre outros aspectos coletivos e sociais.

Por outro lado, quando a vemos sob o olhar da relação com o território, usuários e coletivos, podemos pensar a atuação dessas mesmas dimensões da colonialidade agora executadas pela atenção básica. Assim, questionamos: os profissionais das equipes de saúde da família, equipes das unidades básicas tradicionais de saúde, do NASF e outras equipes que compõem a atenção básica no Brasil consideram os saberes dos territórios? Qual o tipo de relação estabelecida entre os profissionais com os usuários: horizontal ou hierarquizada? O indivíduo é cuidado considerando os aspectos de interculturalidade e de maneira integral ou existe uma fragmentação do cuidado? Outras práticas de saúde são levadas em consideração pelas equipes de saúde para além de práticas ocidentais e eurocêntricas? Apesar de serem perguntas retóricas, o conhecimento sobre a realidade nos leva a inferir que grande parte das “respostas” a essas questões permeia o lado do controle e da hierarquia na relação usuário-profissional e entre profissionais, da ainda insuficiente valorização dos diversos saberes e dos aspectos culturais.

Torna-se estratégico refletir sobre o enfrentamento das linhas abissais políticas e epistemológicas de que a atenção básica é instituinte e instituidora, as quais residem sobretudo nas epistemologias e nos paradigmas da ciência moderna e na luta de classes. Com isso, Martins (2019, p. 27) coloca:

As ciências sociais em saúde têm pela frente, um desafio muito importante na atual conjuntura na medida em que elas se desenvolveram nas interfaces da teoria e da prática em uma sociedade que é marcada pela colonialidade até hoje. Nestes novos tempos, as ciências sociais em saúde precisam aprofundar a análise dos desafios postos pelas subjetividades que foram destroçadas pela episteme moderna para liberar as novas subjetividades emergentes vinculadas com as experiências cognitivas e emocionais, reflexivas e solidárias, dos corpos presentes na vida cotidiana.

4.4 A INVISIBILIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA PERANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Este trabalho foi interpelado pela pandemia da Covid-19, que assolou todo o mundo, especialmente nos anos 2020 e 2021. A relação da pandemia com a atenção básica assume especial importância nesta tese devido à forma como a última foi – ou não – utilizada, nomeadamente nos seis primeiros meses, tempo que corresponde ao período aqui analisado.

Antes de adentrarmos nessa relação, vale lembrarmos brevemente o curso da pandemia no mundo e no Brasil até agosto de 2020. Em dezembro de 2019, Wuhan, na província de Hubei, na China, tornou-se o centro de um surto de pneumonia de causa desconhecida. Ainda no mesmo ano, um laboratório chinês identificou o coronavírus das amostras coletadas como sendo o mais próximo ao coronavírus de síndrome respiratória aguda de morcegos. Já em janeiro de 2020, cientistas chineses do Instituto Nacional de Controle e Prevenção de Doenças Virais determinaram a sequência genética do novo coronavírus β -genus, nomeando-o 2019-nCoV. A partir de então, houve o crescimento exponencial da doença na China, com a primeira morte relacionada à doença e a disseminação para outros 22 países (WANG *et al.*, 2020). Nesse cenário, em 30 de janeiro, a OMS decretou o surto de coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional (OPAS, 2020). A partir de fevereiro, o vírus já havia sido detectado em mais de seis continentes, milhares de casos e várias mortes relacionadas à doença

havia sido confirmados, sendo estas últimas associadas a pessoas idosas e com doenças crônicas. Em 11 de março, a OMS declarou a doença Covid-19 como uma pandemia, alertando para o aumento do número de casos e mortes, apontando “níveis alarmantes de propagação e inação” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Após esse momento, a Europa e, depois, os EUA se tornaram o epicentro da doença.

No Brasil, o primeiro caso confirmado do contágio foi em 26 de fevereiro, em um homem de 61 anos, vindo do norte da Itália, sendo o primeiro caso na América do Sul. A primeira morte, no mesmo mês, foi de uma empregada doméstica, negra, idosa, com problemas de comorbidades, infectada por sua empregadora recém-chegada da Itália. Nos meses subsequentes, observou-se, como na tendência mundial, uma curva crescente de confirmação de contágios e mortes em todo o território nacional. De acordo com determinações locais, foram suspensas quaisquer atividades que proporcionassem aglomerações; além de medidas como fechamento de portos e aeroportos para voos internacionais, advindos em especial da Europa (epicentro da doença na ocasião).

Do ponto de vista político, a pandemia gerou uma disputa de narrativa e poder entre o atual presidente da república e grande parte dos governadores estaduais, a OMS e a ciência, especialmente as instituições de saúde pública. O ponto de partida no que concerne ao pronunciamento público dessa “guerra” anunciada foi quando Jair Bolsonaro, em rede nacional de rádio e televisão aberta, conclamou o País a “voltar à normalidade”, pedindo que os estabelecimentos comerciais não fechassem as portas e que as pessoas saíssem do confinamento. Ele ainda chamou a Covid-19 de “gripezinha” e falou em “histeria” devido à pandemia. Esse foi apenas o anúncio de como viria a ser a condução da pandemia pelo Governo Federal, ou seja, atrelada a um conjunto de políticas econômicas ultraneoliberais cuja maior preocupação era a manutenção ou o aumento dos lucros em detrimento da vida; negacionista em relação à gravidade do vírus e às instituições de ensino e de pesquisa. Como consequências principais, houve o retardado e insuficiente investimento para o enfrentamento à doença nacional e localmente e a incerteza por parte da população sobre qual comportamento adotar, em especial por parte de milhares de brasileiros que possuíam trabalho informal e, ao ficarem em casa, não teriam qualquer rendimento, por isso usavam a fala e atitude do presidente da república para romper com as recomendações internacionais legitimados pela necessidade de sobrevivência. Tal condução, neofascista e necropolítica, culminou em milhares de doentes e mortos

evitáveis, em concordância com o que Santos (2007, p. 80) chama de “fascismo social”, ou seja, “um regime social de relações de poder extremamente desiguais, que concedem à parte mais forte poder de veto sobre a vida e o modo de vida da parte mais fraca” e em concordância com a afirmação de Mbembe (2020, não paginado):

O sistema capitalista é baseado na distribuição desigual da oportunidade e viver e morrer. Essa lógica do sacrifício sempre esteve no coração do neoliberalismo, que deveríamos chamar de necroliberalismo. Esse sistema sempre operou com a ideia de que alguém vale mais do que outros. Quem não tem valor pode ser descartado. [...] sempre afeta as mesmas raças, as mesmas classes e os mesmos gêneros.

Corroborando tais afirmações, importa mencionar o estudo *A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da Covid-19*, realizado entre fevereiro de 2020 e maio de 2021 pelo Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário, o qual afirma: “[...] está em curso no Brasil uma estratégia de disseminação da Covid-19, promovida de forma sistemática em âmbito federal [...]” (CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DE DIREITO SANITÁRIO, 2021, p. 2). Essa afirmação se deu com base em atos normativos da União, ações e omissões dos governantes a partir de notícias falsas, sem comprovação científica, e argumentos ideológicos, morais e/ou econômicos.

Seguindo a lógica do Governo Federal de invisibilizar e/ou eliminar os considerados “descartáveis”, a atenção básica, que no Brasil chega também e sobretudo aos mais pobres, foi, entre fevereiro e agosto de 2020, subutilizada no que concerne a sua atribuição de coordenadora da rede de atenção à saúde, mesmo que comprovadamente sabido, no que se refere à sintomatologia da Covid-19, que em média 80% dos infectados desenvolviam sintomas leves (febre, tosse, dor, perda do olfato), 14% sintomas severos (dificuldade em respirar e falta de ar) e apenas 6% doenças sérias (insuficiência pulmonar, choque séptico, falência de órgãos e risco de morte), ou seja, a maior parte da população deveria ser atendida no âmbito domiciliar, revelando os caracteres comunitário e social da pandemia (DUNLOP *et al.*, 2020; FERGUSON *et al.*, 2020; SARTI *et al.*, 2020). Desta forma, desde o princípio, era exaltada a necessidade de um fortalecimento dos papéis preventivo de agravos e de educação em saúde inerentes à atenção básica para o enfrentamento da doença. Assim, a AB deveria ser o lugar mais valorizado dentro do SUS no contexto pandêmico, por ser a ordenadora da rede, pelos seus atributos territoriais e comunitários, pela sua capilaridade e proximidade com a vida das pessoas.

Uma série de estudos nacionais e internacionais apontam que uma atenção básica fortalecida – neste sentido, leia-se: com investimentos financeiros suficientes para atender as demandas novas e antigas; com apoio às gestões municipais; com profissionais qualificados e seguros; com definição clara de papéis; com adequação de insumos e equipamentos, especialmente tecnológicos; com mudanças organizacionais compatíveis com a realidade local, com apoio logístico e operacional; com parcerias com organizações comunitárias, etc. – era essencial para o combate ao alastramento da pandemia, a partir da vigilância em saúde nos territórios, em especial representada pela figura do ACS, dados seu contingente profissional e sua capacidade de intervenção e inserção no território; a assistência aos casos leves e moderados, por meio do telemonitoramento; a identificação dos casos, através da clínica individual e familiar e ações comunitárias; o apoio psicossocial à comunidade; e para dar continuidade às atividades inerentes à AB (DAUMAS *et al.*, 2020; HAINES *et al.*, 2020; MEDINA *et al.*, 2020; RAZAI *et al.*, 2020). Ainda sobre a questão, Vitória e Campos (2020, não paginado) ressaltam:

A força da atenção primária vai muito além de ser um espaço de triagem e de acompanhamento de casos leves. A pandemia precisa ser enfrentada onde ela está. E hoje está na APS. Então será a qualidade da orientação do isolamento domiciliar, as estratégias comunitárias para garantir isolamento para famílias e a discussão com a comunidade verdadeiras estratégias que poderiam frear a aceleração da pandemia no Brasil. E assim, associada a política de ampliação de leitos UTI, e o manejo da situação garantindo o atendimento de todos, o respeito a vida e a dignidade das pessoas. Só a APS forte pode garantir a suficiência de leitos UTI.

Porém, essa não foi a escolha de intervenção inicial de muitos países, dentre eles o Brasil. A resposta sanitária foi especialmente hospitalocêntrica, ou seja, centrada nos serviços hospitalares, na ampliação do número de leitos e de equipamentos de alta tecnologia, conseqüentemente com foco no manejo médico individual, desenvolvimento de ações curativas e com ênfase no modelo biomédico, denotando a tendência à secundarização da AB (GIOVANELLA *et al.*, 2021; MEDINA *et al.*, 2020).

Na Espanha, por exemplo, a implantação dos hospitais de emergência levou o governo a transferir médicos de família e enfermeiros dos centros de atenção primária para os hospitais. Essa medida, além de demonstrar a não priorização da APS nesse momento, dificultou o acesso dos usuários a outros problemas de saúde para além da Covid-19, bem como o acompanhamento dos casos de alta hospitalar e em tratamento

domiciliar pela própria doença. Na Catalunha e em Madri, supunha-se que mais da metade dos centros de atenção primária teriam sido fechados (LORENZO, 2020). De acordo com Toro (2020), os médicos de família reclamaram que o fechamento poderia prejudicar os cuidados dos pacientes, uma vez que o objetivo não deveria ser ter mais camas, mas evitar hospitalizações, e para isso a APS teria um papel fundamental.

Em Portugal, a Associação Nacional de Unidade de Saúde Familiar afirmava que, apesar de os profissionais de saúde terem sido a linha da frente no combate à propagação da infeção da Covid-19 – uma vez que, desde a fase de mitigação, as equipas de saúde familiar, constituídas por médicos de família, enfermeiros de família e secretários clínicos, contribuíram na resposta nacional ao combate da doença –, a Direção Geral da Saúde desvalorizou o potencial trabalho em equipa de saúde familiar, considerando apenas os médicos para tarefas inerentes à vigilância e monitorização da população suspeita ou infetada com Covid-19, fato confirmado na Norma 04/2020 – Abordagem do Doente com Suspeita ou Infeção por SARS-CoV-2 (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR, 2020).

A pesquisa realizada por Giovanella *et al.* (2021) em sete países latino-americanos (Cuba, Brasil, Venezuela, Colômbia, Bolívia, Chile, Uruguai) identificou, de maneira geral, que,

[...] na maioria dos países, eles não foram acompanhados por componentes essenciais, como educação em saúde, mobilização comunitária, intersectorialidade, interculturalidade ou apoio financeiro suficiente para que as pessoas de baixa renda pudessem ficar em casa. [...] no início da pandemia, a APS ficou órfã, foi subestimada e subutilizada em quase todos os casos (exceto em Cuba). A capacidade de atendimento no território foi subestimada. (p. 19, 23, tradução nossa).

Olhando para cada país: em Cuba, a AB foi o pilar para enfrentar a pandemia desde o início; na Bolívia, os estabelecimentos da AB tiveram participação marginal e pouco organizada; no Chile, inicialmente, não houve uma inclusão desse nível de atenção nas respostas nacionais, existindo apenas organizações locais, contudo a partir de junho de 2020 a AB assumiu o diagnóstico e medidas de isolamento, porém com pouco enfoque nas ações de promoção; na Colômbia, as equipas de AB agiram em torno de vigilância, controle sanitário e acompanhamento dos casos; no Uruguai, a resposta com a atenção básica foi através da detecção dos casos, acompanhamento e controle dos contatos, educação em saúde, gerando informação, obtendo uma resposta de 87% dos casos no território; a Venezuela utilizou uma resposta

populacional importante e as equipes de saúde continuaram as ações de vigilância em saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2021).

Falando do Brasil, em particular, a utilização da AB foi descoordenada e variou conforme cada estado e município, indo desde a sua suspensão até ações de controle, acompanhamento, territoriais, etc. (GIOVANELLA *et al.*, 2021). Ademais, o que se viu foi um investimento incomparavelmente maior para as redes hospitalares. E aqui cabe fazer um parêntese: não se discute a necessidade, por exemplo, de se ter construído hospitais de campanha, contratado leitos de UTI e profissionais de maneira emergencial, dentre outras medidas necessárias para salvar vidas; no entanto, a questão é que se discutiu muito pouco o preparo adequado dos equipamentos da atenção básica e dos seus profissionais, e esse despreparo esteve associado principalmente à frágil coordenação nacional para o combate à pandemia. Apesar de a AB ter como gestão principal a esfera municipal, pelo caráter tripartite do SUS, em especial em contexto de exceção, ela precisaria de investimento também excepcional do MS, uma vez que apenas os estados e municípios não responderiam à situação a contento. O “orçamento de guerra” aprovado no Congresso Nacional para o enfrentamento da Covid foi superfaturado, por exemplo, em hospitais de campanha entregues sem os recursos humanos para atender a nova demanda ou sem os equipamentos adequados e suficientes, com compras de insumos a preços exorbitantes, repasse de dinheiro para rede filantrópica, etc. Esses recursos, se tivessem sido canalizados para a atenção básica, poderiam ter sido utilizados, por exemplo, para a universalização de acesso à internet, distribuição de equipamentos como celular, tabletes, computador, *smartphone* para as videoconsultas e o telemonitoramento, compra de EPI, etc.

Outro elemento essencial que foi posto de lado na atenção básica foi a vigilância epidemiológica, conseqüentemente o ACS e o agente de combate à endemia (ACE). De acordo com a versão dois da pesquisa *A pandemia de Covid-19 e os profissionais de saúde pública no Brasil*, realizada por Lotta *et al.* (2020a), após cinco meses de início da pandemia, os ACS e ACE foram o grupo de profissionais que mais se sentiam despreparados para enfrentar a crise do coronavírus (80%). Esse despreparo estava associado à falta de clareza pelo MS do papel desses profissionais e de como deveriam trabalhar, pois em alguns municípios foram solicitados a trabalhar remotamente, em outros presencialmente – isso se deu devido à tardia definição de

protocolos de padronização na conduta da doença, apesar da individualidade de cada território.

Outro fator que acentuou o despreparo foram as poucas capacitações: apenas 13% desses profissionais alegaram ter recebido treinamento; acentuando o medo e a insegurança. De acordo com a pesquisa, 70% dos ACS/ACE não receberam EPIs e, dos que receberam, 32,1% os consideraram de baixa ou péssima qualidade. Essa insuficiência levou esses profissionais ao risco iminente de morte e também contribuiu para o negligenciamento com os usuários por eles cobertos, principalmente idosos, além de acentuar o não reconhecimento do ACS como profissional da saúde e/ou sua menor legitimidade perante os demais profissionais (LOTTA *et al.*, 2020b).

Como nos lembram os autores da pesquisa, vale fazer uma importante consideração: os ACS e ACE – maior número de profissionais da atenção básica, sendo hoje em torno de 300 mil – são, em sua maioria, mulheres e negras, revelando que muitas das profissões associadas ao cuidado, em especial as de nível não superior, ainda estão debruçadas sobre as mulheres negras, porém de forma menos valorativa tanto no que se refere à remuneração quanto ao reconhecimento social. Nesse sentido, apesar da presença cada vez mais marcante das mulheres e negras, essa presença ainda é determinada de acordo com padrões sociais e morais patriarcais e racistas. Com isso, a associação de grupos profissionais ou ocupacionais ao gênero e/ou sexo e à cor reforça, entre as profissões da saúde, a divisão sexual, de classe e de cor do trabalho presentes nas sociedades capitalistas. Como aponta Grosfoguel (2008, p. 118), “Ninguém escapa às hierarquias de classe, sexuais, de gênero, espirituais, linguísticas, geográficas e raciais do “sistema-mundo patriarcal/capitalista/colonial/moderno.”

Essa realidade também foi encontrada em outros países, por exemplo, na Argentina e África do Sul; como apontou a Ministra das Mulheres, Gêneros e Diversidade da Argentina, as mulheres também estão na ponta da estratégia sanitária nas periferias. Em coordenação com os centros de saúde, hospitais e programas de saúde participaram da testagem domiciliar e do acompanhamento das famílias em isolamento, além dos cuidados gerais na comunidade. Porém, mesmo com intenso trabalho, nem sempre ele foi reconhecido, ou mesmo remunerado. Na África do Sul, trabalhadoras/es comunitários de saúde frequentemente possuem contratos temporários, não possuem trabalho em tempo integral e têm pouco reconhecimento em relação às suas contribuições às instituições de saúde pública (ALCORTA, 2020).

Assim, olhando para os mediadores interseccionais de classe, gênero e raça, Lotta *et al.* (2020a, p. 22) colocam: “O racismo e o sexismo expõem de forma distinta essas trabalhadoras à pandemia – principalmente nas profissões que atuam na atenção básica e que se encontram em maior vulnerabilidade.”

No que refere à atenção básica como um todo, a pesquisa *Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia de Covid-19 no SUS*, realizada por Bousquat *et al.* (2020), nos revelou, dentre vários dados, os seguintes: 40% dos profissionais informaram dispor de boa internet e 72% dos profissionais usavam celular próprio para contato com o usuário; apenas 24% dos profissionais assinalaram ter sempre disponíveis EPIs (proteção facial, ocular, luvas e avental); 55% dos profissionais alegaram a inexistência de testes RT-PCR (considerados padrão ouro) para apoiar o diagnóstico da doença; apenas 34% realizaram capacitação conjunta sobre o uso de EPIs e sobre a Covid-19. Esses resultados corroboram a pesquisa de Lotta *et al.* (2020a), que, ao avaliar o contexto por serviço de saúde, detectou que, referente a percepções sobre suporte, testagem, orientações, treinamento, equipamentos e preparo, os profissionais da atenção básica demonstraram uma tendência que se afasta dos demais serviços, evidenciado um cenário de sensação de falta de apoio e desvalorização no reconhecimento do seu papel estratégico para o enfrentamento da pandemia.

De maneira geral, o que os dados das pesquisas nos trouxeram foi o enorme desperdício da capacidade humana e resolutiva da atenção básica, assim como da possibilidade de deixar os avanços que ela poderia ter tido como legado para o pós-pandemia, em especial no que se trata dos pequenos municípios, onde, às vezes, o único equipamento de saúde disponível é a unidade de saúde da família. Porém, para além dos aspectos técnico-assistenciais, os dados nos revelaram principalmente a gigante invisibilização a que esse nível de atenção foi submetido neste cenário.

A partir das reflexões oportunizadas pela Covid-19, o que precisamos pensar é por que a atenção básica foi, em grande medida, invisibilizada? O que está por trás desse silêncio? Neste sentido, volta-se à necessidade de reacender um debate antigo, mas não resolvido na saúde coletiva brasileira: da falta de legitimidade real que a atenção básica possui, apesar de todo o conceito e discurso contrário.

Desta forma, quando colocamos esta espécie de fronteira sobre a atenção básica, remetemo-nos à ideia de uma linha abissal ideológica, epistemologia e política: nos lados opostos dessa linha, são concebidos campos de desafios

epistêmicos e de poder que disputam diferentes e opostos projetos de sociedade. Para tentar entender o que isso significa, cabe lembrarmos três aspectos essenciais: 1) os públicos que majoritariamente são assistidos pela AB são mulheres negras, idosos, pessoas de menor renda e escolaridade, índios; 2) o seu maior contingente profissional são os ACS e ACE, que como vimos, em sua maioria, são mulheres negras sem ensino superior; 3) esse nível de atenção tem a sua base estrutural sustentada em lutas e resistências para manutenção de uma saúde solidária, territorial, universal, integral, equitativa, abrangente e democrática.

Olhando a partir dessas lentes, e considerando o contexto político e ideológico da saúde brasileira nos últimos anos, vê-se que, mais que dados e indicadores epidemiológicos, a pandemia, no que concerne à atenção básica, reacendeu mais uma representação clara de uma linha abissal e da relação de “outredade” (FREIRE, 1987) interna no Brasil, remetendo-nos a um tipo de colonialismo interno.

Assim, pela correlação dos motivos apresentados, podemos começar a entender o porquê de a AB ter sido muitas vezes silenciada no atual cenário pandêmico. Pode-se inferir que parece não interessar às forças conservadoras, neoliberais, neofascistas, autocráticas, capitalistas e neocoloniais uma atenção básica forte, pois isso significa que a grande parte da sociedade brasileira que essas forças querem descartar ou continuar a oprimir e colonizar teria, por vias da AB, o direito à saúde em sua forma mais ampla, e sobretudo direito à cidadania e à vida.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias, pois é a forma como as temáticas são abordadas através das técnicas e instrumentos. Dizia Lênin (1965, p. 148) que “o método é a alma da teoria”. Assim, a metodologia é a articulação entre conteúdos, pensamentos e existência (MINAYO, 2001).

Uma questão particularmente importante é a dimensão ético-política que as escolhas metodológicas utilizadas apresentam; sendo assim, parto do lugar de que toda pesquisa carrega as marcas de seu tempo e espaço. Essa questão implica desdobramentos epistemológicos, teóricos e técnicos prévios, durante e pós-pesquisa.

Dito isto, a metodologia deste trabalho constitui-se na união de concepções teórico-político-éticas e do conjunto de técnicas que possibilitaram a construção da realidade. Para tal, foi utilizada a ideia do ciclo da pesquisa (MINAYO, 2001). Segundo a autora, é um processo de trabalho em espiral que começa com uma fase exploratória; em seguida, estabelece-se o trabalho de campo, que consiste no recorte empírico da construção teórica, a realizar um momento relacional de fundamental importância para a confirmação ou refutação de hipóteses e construção de teorias. Por fim, o tratamento do material recolhido, subdividido em a) ordenação, b) classificação e c) análise propriamente dita. A característica fundamental do ciclo é que essas fases nunca se fecham, pois a pesquisa produz mais questões do que certezas.

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Neste estudo, optou-se por uma abordagem qualitativa de cunho analítico/crítico/conjuntural, tendo como panos de fundo as ciências sociais e humanas em saúde, as teorias pós-coloniais e descoloniais.

As abordagens qualitativas visam produzir explicações contextuais com ênfase nos significados de um dado fenômeno. Três são os aspectos que nos permitiram caracterizar este estudo na abordagem qualitativa: o primeiro foi o caráter epistemológico, que se relaciona à visão de mundo implícita na pesquisa, isto é, a busca da compreensão subjetiva de uma experiência; o segundo se relacionou à coleta de dados mais descritivos e aprofundados de pessoas, situações,

acontecimentos e vivências; o terceiro se referiu ao método de análise, que buscou menos evidências e mais compreensão dos significados, aspirações, valores e atitudes (MINAYO, 2014).

Sobre ser um estudo conjuntural, foi considerado desta forma não do ponto de vista metodológico, mas conceitual, a partir do entendimento de que “análise de conjuntura significa decompor, desagregar um tema em seus diversos componentes, estudá-los separadamente e em suas interações buscando detectar tensões ambiguidades, conflitos, antagonismos” (ARRUDA, 1988, p. 14), possibilitando uma atuação acadêmica contextualizada e comprometida.

Por fim, destacamos o lugar das ciências sociais e humanas em saúde e dos estudos pós-coloniais e descoloniais na pesquisa, tendo em vista que as ciências sociais são fundamentais para a reflexão crítica do processo saúde-doença e das políticas de saúde. Desta forma, os questionamentos das teorias pós-coloniais e descoloniais sobre os modos dominantes de perceber, entender e experimentar o mundo, mostrando como esses modos diminuem e ameaçam a vida, foram decisivos para a reflexão, a construção e a proposição desta tese.

5.2 TEMPO E ESPAÇO DO ESTUDO

A pesquisa contemplou a análise da política pública de atenção básica à saúde no Brasil no período de agosto de 2016 a agosto de 2020. A escolha desse tempo histórico considerou a trama político-ideológica que o Brasil estava vivenciando com o golpe de 2016 e a tomada do poder pela direita e extrema-direita, fatores que geraram profundas transformações na política de saúde, especificamente na atenção básica.

5.3 TRABALHO DE CAMPO E SUJEITOS DO ESTUDO

O trabalho de campo aconteceu entre dezembro de 2019 e março de 2020. Cabe destacar o início da pandemia da Covid-19 em todo o mundo, impedindo qualquer tipo de contato presencial e dificultando sobremaneira a atenção dos participantes, inclusive para conversas virtuais.

Todos os sujeitos foram escolhidos através da estratégia da amostragem proposital ou teórica, já que se busca apreender e entender certos casos selecionados

sem necessidade de generalização para todos os casos possíveis (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004). E foi utilizada a amostra por saturação, ferramenta conceitual em que ocorre a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição (AMADO, 2013).

Na intenção de abarcar a pluralidade dos sujeitos que compõem a atenção básica em diferentes locais de atuação e formas de relação com ela, participaram 17 sujeitos envolvidos na construção, operacionalização, gerenciamento, usufruto e luta da AB no Brasil, representados, respectivamente, nas categorias: idealizadores, movimento social e intelectual orgânica¹⁶; trabalhadores; gestores; usuários. Estes participantes foram escolhidos ora pelo papel que representam individualmente na construção da atenção básica no Brasil, ora pela relevância da entidade a qual pertencem, descritos no quadro 3. O contato – via telefone e e-mail- foi realizado ou individualmente, para aquelas/aqueles que não representaram nenhuma entidade, ou por meio de e-mail enviado ao setor de pesquisa de cada entidade, sendo indicado pelas mesmas o sujeito que iria contribuir com a pesquisa e a partir desta indicação, foi realizado diretamente o contato com estas/estes participantes já previamente referenciados.

Compondo os 17 sujeitos, foi incluída na pesquisa, pela relevância do tema e das participantes, a palestra “O cenário do novo modelo de financiamento da atenção primária à saúde”, apresentada por um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e por uma investigadora de saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). O evento ocorreu na 326ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, em que estive presente nos dias 13 e 14 de fevereiro, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde Omilton Visconde, no Ministério da Saúde, localizado na Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília, Distrito Federal (ata resumida no anexo A). A investigadora foi identificada como “intelectual orgânica”; o representante do Conass, como gestor 5; os conselheiros

¹⁶ Todo grupo social, ao nascer do terreno originário de uma função essencial no mundo da produção econômica, cria também, organicamente, uma ou mais camadas de intelectuais que conferem homogeneidade e consciência da própria função não apenas no campo econômico, como também no social e político: o empresário capitalista gera junto consigo o técnico da indústria, o cientista da economia política, o organizador de uma nova cultura, de um novo direito etc. (GRAMSCI, 1978, p. 1.513).

(categorizados como movimento social), como CNS, todos identificados no mesmo quadro.

Quadro 3 – Características das/os sujeitos da pesquisa e do trabalho de campo

Categoria	Representação	Identificação	Formato da entrevista	Local da entrevista
Idealizadores	Individual	Idealizador 1	Presencial	Ceará
Idealizadores	Individual	Idealizador 2	Presencial	Pernambuco
Trabalhadores	Conselho Federal de Enfermagem	Trabalhador 1	Presencial	Brasília
Trabalhadores	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	Trabalhador 2	Presencial	Brasília
Trabalhadores	Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais/ Conselho Nacional de Saúde	Trabalhador 3	Presencial	Brasília
Trabalhadores	Federação Nacional dos Enfermeiros/ Conselho Nacional de Saúde	Trabalhador 4	Presencial	Brasília
Trabalhadores	Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde	Trabalhador 5	Presencial	Ceará
Gestores	Individual	Gestor 1	Presencial	Brasília
Gestores	Ministério da Saúde/ Conselho Nacional da Saúde	Gestor 2	Presencial	Brasília
Gestores	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde	Gestor 3	Presencial	Brasília
Gestores	Secretaria de Atenção Primária à Saúde	Gestor 4	Presencial	Brasília
Gestores	Conselho Nacional de Secretários de Saúde	Gestor 5	Presencial	Brasília
Usuários	Articulação Nacional de Luta Contra a Aids/ Conselho Nacional de Saúde	Usuário 1	Presencial	Brasília
Usuários	Movimento Nacional de População de Rua/ Conselho Nacional de Saúde	Usuário 2	Presencial	Brasília
Movimentos social	Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde	Movimento social	Online	-
Movimento social	Conselho Nacional de Saúde	CNS	Presencial	Brasília
Intellectual orgânica	Escola Nacional de Saúde Pública	Intellectual orgânica	Presencial	Brasília

Fonte: as autoras.

5.4 TÉCNICAS METODOLÓGICAS

No estudo, conforme os sujeitos participantes, foram utilizadas as técnicas da entrevista semiestruturada, da observação assistemática e não participante. E, para análise do aspecto referente à pandemia da Covid-19, foi incluída a coleta documental.

As entrevistas aconteceram em locais e horários reservados de acordo com a escolha das/os participantes, e o tempo médio foi de 60 minutos. Quando bem estruturadas, as entrevistas permitem um aprofundamento da maneira pela qual cada um dos sujeitos percebe e significa a realidade, gerando informações consistentes na compreensão de uma dada situação e/ou relações. Assim, essa fonte de investigação permite pensar uma dimensão coletiva a partir do que é subjetivo e pessoal, isto é, “nos permite compreender a lógica das relações que se estabelecem (estabeleceram) no interior dos grupos sociais dos quais o entrevistado participa (participou), em um determinado tempo e lugar” (DUARTE, 2004, p. 219).

Como coloca Duarte (2004), é importante destacar um duplo desafio da entrevista: primeiro, a sua análise, já que exige cuidado na interpretação e construção das categorias para que não se torne demasiado tendenciosa/subjetiva na confirmação da hipótese ou do pressuposto teórico; segundo, um pesquisador é o idealizador e o condutor de um trabalho científico: assim, apesar de a fala final ser polifônica, ainda é uma fala de natureza acadêmico-científica, emitida a partir de um lugar de poder – assumir isso não significa, de modo algum, desqualificar os informantes ou deslegitimar a pesquisa, mas reconhecer que a academia ainda possui esse lugar apesar das diversas resistências, inclusive por parte destas pesquisadoras.

Para a formulação do roteiro semiestruturado, preocupamo-nos com a delimitação do problema, o objeto de investigação, a definição dos objetivos, a técnica de coleta das informações a ser utilizada, a fundamentação teórica de base e com o contexto. Também procuramos que as perguntas não se fechassem em si mesmas, já que o objetivo do roteiro era o de potencializar a narrativa. Para isso, tentamos que as questões fossem reflexivas ou problematizadoras e se aproximassem da realidade dos participantes. Desta forma, o roteiro do questionário (apêndice A) abordou preocupações referentes às experiências vivenciadas; à posição da atenção básica dentro do SUS; às disputas presentes, de saberes, poderes e sujeitos; à relação público-privado; às perspectivas epistemológicas/ideológicas/políticas; às possibilidades para a AB.

Por fim, as entrevistas foram gravadas e depois transcritas integralmente para maior aprofundamento das falas, buscando indícios dos modos como cada um dos sujeitos envolvidos percebe e significa a temática. Depois de transcritas, as entrevistas passaram pela chamada “conferência de fidedignidade”, ou seja, ouvimos a gravação tendo o texto transcrito em mãos, acompanhando e conferindo cada frase, mudanças de entonação, interjeições, interrupções, etc. Nas citações das entrevistas, foi adotado o anonimato dos entrevistados, sendo representados pela categoria de representação à qual pertencem, minimizando possíveis constrangimentos, conforme preestabelecido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE) assinado pelos participantes (apêndice B).

Também foi utilizada a técnica da observação assistemática não participante, tendo em vista nossa participação em dois dias das reuniões ordinárias do CNS. Foram realizadas anotações das situações importantes para a pesquisa, e a palestra diretamente relacionada ao tema foi gravada e posteriormente transcrita para análise em profundidade.

A observação “não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos e ou fenômenos que se deseja estudar” (MARCONI; LAKATOS, 1999, p. 90), aproximando o investigador da realidade. Conforme os autores, a observação assistemática caracteriza-se como “[...] espontânea, informal, ordinária, simples, livre, ocasional e acidental [e] consiste em recolher e registrar os fatos da realidade sem que o pesquisador utilize meios técnicos especiais [...] mais empregada em estudos exploratórios [sem] planejamento e controle previamente elaborados” (p. 91). Para Gil (1999, p. 112), essa modalidade é mais adequada se “[...] dirigida ao conhecimento de fatos ou situações que tenham certo caráter público, ou que pelo menos não se situe estreitamente no âmbito das condutas privadas [...]”, como foi o caso do presente estudo. O fato de ser não participante (ou passiva) implica dizer que o pesquisador age mais como espectador, presenciando os fatos sem se envolver diretamente, porém de maneira consciente e destinada a um determinado fim (MARCONI; LAKATOS, 1999).

Sobre a coleta documental a respeito da pandemia da Covid-19, foi realizada uma busca dos termos “atenção básica”, “atenção primária”, “unidades de saúde”, “centros de saúde”, “postos de saúde”, “agente comunitário de saúde” relacionados à pandemia da Covid-19, entre os períodos de 1º de março e 31 de agosto de 2020, no campo “notícias” dos sites da Fiocruz, da Abrasco, do Centro Brasileiro de Estudos de

Saúde (Cebes) e da Rede Unida, tendo em vista serem as principais instituições da saúde coletiva. Para perceber o discurso da rede privada de saúde, também foram resgatadas, no mesmo período, notícias veiculadas no site da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde). Ainda, foi feito o mesmo levantamento no site do Ministério da Saúde, considerando que é a principal fonte estatal.

Por se tratar de um estudo que ocorreu no momento em que os fatos aconteciam, gerando um contexto de grande velocidade de informações, de uma conjuntura acelerada, pode ter apresentado limitações quanto ao domínio e à apreensão dos fatos realmente relevantes para a política de saúde.

5.5 PERCURSO DA ANÁLISE

Cumpridas as etapas anteriores, e tomando como base as perguntas norteadoras, os objetivos da pesquisa e a base epistemológica adotada, procedeu-se à análise dos dados. De maneira geral, a análise dos dados coletados compreendeu os seguintes passos: leitura e releitura dos textos, para uma visão singular de cada entrevista, e uma leitura transversal de todas para compreensão dos conteúdos; classificação e categorização dos relatos. De maneira particular, foi utilizada a análise crítica do discurso (ACD), tendo em vista que a análise do discurso (escrito, falado, expressado) é parte irreduzível da vida social dialeticamente interconectada aos elementos sociais.

5.5.1 Análise crítica do discurso

Aqui usados como sinônimas, a análise crítica do discurso (ACD) ou a teoria social do discurso (TSD) (FAIRCLOUGH, 1992) consolidou-se como modalidade/disciplina teórica e analítica do discurso nas décadas de 1980 e 1990, incorporando pressupostos da linguística crítica¹⁷. Ela é uma vertente da análise do discurso (AD), que, por sua vez, é considerada uma disciplina de interpretação fundada pela intersecção de epistemologias distintas, pertencentes a áreas da linguística (deslocou-se a noção de “fala” para “discurso”), do materialismo histórico (no qual emergiu a teoria da ideologia) e da psicanálise (“de-centramento” do sujeito)

¹⁷ A linguística crítica nasceu a partir da conscientização de que trabalhar com a linguagem é necessariamente intervir na realidade social da qual ela faz parte (RAJAGOPALAN, 2007, p. 18).

(ORLANDI, 2003). Neste sentido, a AD é formulada pela fórmula: ideologia + história + linguagem – em que a ideologia é entendida como o posicionamento do sujeito filiado a um discurso, a história representa o contexto sócio-histórico e a linguagem é a materialidade do texto (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Neste trabalho, tomamos como referência para análise dos dados a abordagem dialético-relacional da ACD/TSD, proposta de Fairclough (1992) em *Discourse and Social Change*, aperfeiçoada por Chouliaraki e Fairclough (1999) na obra *Discourse in LateModernity – rethinking critical discourse analysis*. Escolhemos essa opção analítica porque ela é uma abordagem transdisciplinar, o que significa que, além de aplicar diversas teorias, rompendo as fronteiras epistemológicas, também operacionaliza e transforma tais teorias em favor da abordagem sociodiscursiva (RESENDE; RAMALHO, 2006). Além do mais, acreditamos que o discurso na sociedade moderna caracteriza-se por possuir um papel essencial na constituição e reprodução das relações de poder e dominação, uma vez que nossas falas são atravessadas por conotações político-ideológicas, assim, todos os discursos são historicamente situados. Com isso, esta análise nos ajudou a entender os discursos como práticas sociais, demonstrando o desejo de mudanças, continuidades, além das contradições e consensos. Nesse contexto, a ACD preocupa-se em saber como os discursos produzem uma realidade e como essa realidade transforma ou reproduz o discurso (RESENDE; RAMALHO, 2006).

Na obra já mencionada, o autor refere-se ao discurso da seguinte forma:

Ao usar o termo "discurso", proponho considerar o uso da linguagem como forma de prática social e não como atividade puramente individual ou reflexo de variáveis institucionais. Isso tem várias implicações. Primeiro, implica ser o discurso um modo de ação, uma forma em que as pessoas podem agir sobre o mundo e especialmente sobre os outros, como também um modo de representação. [...] Segundo, implica uma relação dialética entre o discurso e a estrutura social, existindo mais geralmente tal relação entre a prática social e a estrutura social: a última é tanto uma condição como um efeito da primeira. (FAIRCLOUGH, 2001, p. 91).

Para Magalhães (2001), é exatamente essa visão do discurso ligada ao societal, institucional e situacional que interessa à ACD, a qual, por sua vez, baseia-se em teorias do discurso, como a de Foucault (1986); sociais, de poder e de hegemonia, como de Gramsci (1971); de ideologia, de Bakhtin (1997).

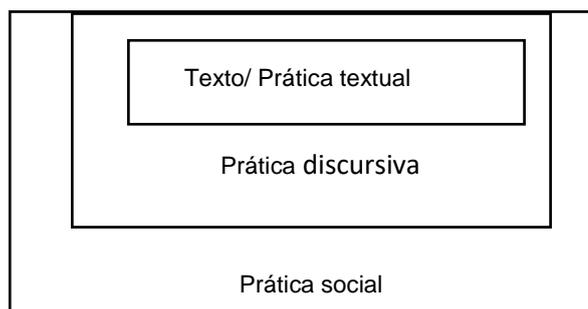
Nesse momento, conceitos importantes como “discurso”, “prática discursiva” e “ordem do discurso”, “prática social”, “ideologia”, “hegemonia” e “poder” foram

reafirmados e utilizados como bases para as categorias analíticas que viriam a formar a estrutura analítica da ACD. Com isso, importa perceber brevemente como a ACD entende cada um.

O discurso é tido como o uso da linguagem como prática social. É, assim, tanto prática de ação quanto de representação. Funciona simultaneamente como instrumento de mudança e de dominação. Assim, o discurso (de cada evento complexo) se estabelece numa relação dialética entre a prática textual, a prática social e a prática discursiva, conforme representado por Fairclough (2001) em seu modelo tridimensional (figura 1), sendo a inclusão da prática social o grande diferencial em relação à AD. Nesse esquema, a análise da prática textual é uma análise de “forma-e-significado”, o que indica a inter-relação do “ideacional”, “interpessoal” e “textual” (FAIRCLOUGH, 2001, p. 36), ou seja, da representação e significação das experiências, a constituição das identidades dos sujeitos e as relações entre elas, e a distribuição da informação.

A prática discursiva é a dimensão do uso da linguagem (falada, escrita, expressada) que varia dentre os diferentes atores/fatores sociais. Por sua vez, a linguagem se manifesta como prática social, o que implica dizer que ela é um modo de ação historicamente e socialmente situado, simultaneamente constituinte e constitutivo de identidades e relações sociais, de formas socialmente reproduzíveis e também transformadoras. O conceito de “ordem de discurso” abrange a totalidade das práticas discursivas e a relação entre elas (complementaridade, exclusão, inclusão, oposição), e deste último aspecto vem a interdiscursividade (originada pelo conceito de “intertextualidade”), que combina diversos discursos (modo de significação) e gêneros (uso de linguagem associado com uma atividade social) (MAGALHÃES, 2001).

Por fim, como o discurso é socialmente influenciado e influenciador, correlaciona-se com as noções de “hegemonia”, “poder” e “ideologia”. Por esse motivo, o conceito de “hegemonia” proporciona um modo de analisar a prática social à qual o discurso pertence em termos de relações de poder, investigando se essas reproduzem, reestruturam ou desafiam as hegemonias existentes. Proporciona também um modo de analisar a própria prática discursiva como modo de luta hegemônica, reproduzindo, reestruturando ou desafiando as ordens do discurso (MAGALHÃES, 2001). Com isso, a ideologia está implícita nas práticas dos sujeitos, estruturando-as.

Figura 1 – Concepção tridimensional do discurso

Fonte: Fairclough (2001).

Essas práticas sociais, segundo Chouliaraki e Fairclough (1999), são modos de agir e interagir socialmente, por meio da oralidade e da escrita, ligados a um espaço-tempo. A partir desse entendimento, os autores, ancorados no realismo crítico¹⁸, no conceito da “modernidade tardia”¹⁹ e na construção da identidade²⁰, propuseram uma remodelação metodológica. Nesse modelo sobre as mudanças da sociedade contemporânea e seu impacto na vida social, as práticas discursivas foram incorporadas às práticas sociais, já que estas incorporam elementos do discurso. A partir disso, para os autores, a análise da dimensão prática social de um evento discursivo envolve o contexto situacional imediato, o contexto institucional e o contexto social (econômico, político, cultural). Assim, o procedimento analítico proposto inclui cinco etapas:

1. partir da percepção de um problema que, em geral, baseia-se em relações de poder, na distribuição assimétrica de recursos materiais e simbólicos das práticas sociais, na naturalização de discursos particulares como sendo universais;
2. identificar os obstáculos para que o problema seja superado, ou seja, identificar como os elementos da estrutura social – a partir das correlações de forças

¹⁸ Para o realismo crítico, a vida é constituída de diferentes dimensões – e possíveis mecanismos e estruturas, visíveis ou invisíveis, geradores de poder no mundo. A vida não pode ser concebida então como um sistema fechado – é um sistema aberto, determinado por mecanismos (e, por conseguinte, por estruturas), em um sentido complexo (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999, p. 19).

¹⁹ Transformações que ocorreram no século XX na organização do Estado e dos padrões de produção e consumo, que incidiram em mudanças econômicas, sociais, políticas e culturais. Os efeitos dessas mudanças incidiram também sobre o discurso, e este, por sua vez, molda e modifica a realidade, ao mesmo tempo que a constitui, levando a uma flexibilidade discursiva, que reflete nas relações de poder (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999).

²⁰ Na modernidade tardia, a identidade está em constante mudança. Conforme Fairclough (2003), a identidade é construída na e pela linguagem, sendo um modo de representação, negociado nas ordens do discurso (gênero, estilo, discursos).

entre atores e poderes, dos efeitos ideológicos e políticos, da relação entre a prática social e discursiva – que sustentam o problema verificado;

3. compreender o problema na prática e considerar se a ordem social em algum sentido necessita desse problema; essa fase nos leva a entender os impactos do problema e a questionar se o problema é inerente à ordem social, se é originado por ela, ou se é mudado por um conjunto de ordens sociais;

4. a etapa seguinte são os possíveis modos de ultrapassar os obstáculos, cujo objetivo é explorar as possibilidades de mudança e superação dos problemas identificados – é uma etapa prospectiva e esperançosa;

5. por fim, toda pesquisa em ACD deve conter uma reflexão crítica sobre a análise, através de questionamentos, apreciação crítica e contribuições. Essa etapa consistiu a discussão da tese.

Diante da abordagem teórica da análise, para sua realização, foram utilizados os discursos de análise das seguintes categorias representacionais: idealizadores, usuários, gestores, trabalhadores, movimento social e intelectual orgânica. As categorias idealizadores, movimento social e intelectual orgânica foram aglutinadas pela aproximação dos objetivos que entendemos representar tais categorias, uma vez que os idealizadores se trataram de pessoas que fizeram parte da construção da atenção básica no MRSB e, como vimos, nesse momento, também foi decisiva a participação de acadêmicos da saúde coletiva e do movimento social.

Foram atribuídos a cada categoria representacional, para cada fase da ACD, categorias analíticas e repertórios discursivos²¹, a partir da leitura e releitura das transcrições das falas. De posse de todos os repertórios individuais, realizamos o discurso representativo final, que representou a análise crítica do discurso da AB.

Com base no modelo proposto por Chouliaraki e Fairclough (1999), com as devidas adaptações à pesquisa, suprimidas partes de algumas etapas, como função da ordem/estrutura social sobre o problema, compreensão do problema na prática e relação entre a prática social e discursiva, por acreditar que os resultados encontrados nestas etapas estavam presentes em outras, o modelo analítico crítico da presente pesquisa foi organizado de acordo com as falas dos sujeitos da pesquisa, conforme o quadro 4.

²¹ Adaptado do conceito de repertório linguístico proposto por Spink e Medrado (1999). Para os autores, esse repertório é fundamental para a compreensão das práticas discursivas produzidas pelos atores sociais para a construção dos sentidos no cotidiano.

Quadro 4 – Modelo analítico crítico da pesquisa

Categorias representacionais	Etapas da Análise Crítica do Discurso	Categorias analíticas	Repertório discursivo	Discurso representativo final
Usuários	Percepção do problema	Modelos em disputa	Repertórios discursivos das categorias representacionais	Análise Crítica do Discurso
Gestores	Compreensão do problema e da ordem social	Modelos em disputa		
		Relações de poder		
Trabalhadores	Obstáculos para superação do problema	Relações de poder		
Movimento social		Relações de saber		
Idealizadores	Modos de ultrapassar os obstáculos	AB Pós-abissal		
Intelectual orgânica	Reflexão crítica	Discussão		

Fonte: as autoras.

Na análise do aspecto referente à pandemia da Covid-19 no ano de 2020, os discursos representados pelos conteúdos coletados nos *sites* das instituições referidas também obtiveram para análise a ACD, porém a questão ficou centrada na percepção e compreensão do problema e nos obstáculos para sua superação.

5.6 MATRIZ ANALÍTICA DESCOLONIAL/ PÓS-ABISSAL

Uma vez realizadas as análises, os resultados encontrados na categoria analítica “atenção básica pós-abissal”, ancorados no arcabouço teórico da pesquisa, principalmente nos aspectos da colonialidade do poder, saber e ser, subsidiaram a formulação da matriz descolonial/pós-abissal da AB no Brasil (figura 3) objetivando equalizar diferentes saberes na produção de uma crítica social mais consistente.

A matriz teve como base a matriz metodológica para estudos descoloniais proposta por Martins e Benzaquen (2017) (figura 2), com a adaptação da retirada dos marcadores de colonialidade, tendo em vista a intenção de a matriz aqui construída ter uma visão prospectiva de superação do problema. Para os autores, “trata-se de uma matriz operadora de traduções de ideias, de experiências e memórias que deve funcionar horizontalmente assegurando os fluxos de disseminação e adaptação de informações produzidas a partir de diferentes contextos” (p. 21).

Para sua construção, foi utilizada ainda a ideia de marcadores, tal como a matriz metodológica para estudos descoloniais. Como apontam Martins e Benzaquen (2017), os marcadores não são utilizados para essencializar as análises, mas para ajudar a operacionalizá-las. Não deve haver entre eles quaisquer caracteres hierárquicos, mas uma ideia dinâmica e de complementariedade, devendo ser analisados de forma integrada e adaptada com cada realidade. Nesse sentido, importa observar dois aspectos: o caráter da mediação e o impacto de sua ambivalência estrutural sobre a operacionalização do sistema. O primeiro explica que tais marcadores podem ser significados e ressignificados pelos sujeitos da pesquisa; o segundo diz que o marcador pode possuir uma interpretação espelhada de si mesmo, podendo ser visto por uma ou outra face.

Figura 2 – Matriz metodológica para estudos descoloniais

CATEGORIAS ONTOLÓGICAS	MARCADORES DE COLONIALIDADE	MARCADORES DE DESCOLONIALIDADE
Saber	Eurocentrismo	Questionamento do eurocentrismo
	Neutralidade do saber	Saberes contextualizados e incorporados
	Hegemonia de um saber específico	Conjugação de diferentes saberes no sentido de melhor informar uma prática transformadora
Poder	Autoritarismo	Práticas de democracia radical interna e externa (redes, articulações)
	Individualismo	Solidariedade
Ser	Identidades que fixam e subjagam	Identidades que descolonizam o ser
	Multiculturalismo (tolerância da diferença)	Interculturalidade (respeito a diferença)
	Primazia de um ator para fazer a transformação social	Ampliação do conceito de sujeito contra-hegemônico

Fonte: Martins e Benzaquen (2017).

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães via Plataforma Brasil, buscando resguardar os participantes segundo recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, recebendo a anuência (anexo B) do Conselho Nacional de Saúde como instância representativa de grande parte dos sujeitos da pesquisa e sendo aprovada sob o parecer número 3.656.934 (anexo C).

Por meio do TCLE, foi esclarecido aos participantes que a qualquer momento da realização da sessão poderiam desistir de participar das entrevistas ou de responder qualquer pergunta do questionário. Ainda, foi dito que as informações obtidas seriam processadas e analisadas de forma integrada, e que, após a análise final, os resultados seriam traduzidos em formato de tese, sem personalizar e/ ou identificar nenhuma fonte individualmente.

Os benefícios do estudo para os sujeitos foram a possibilidade de, com as suas falas, ampliar o debate sobre a atenção básica e contribuir para a sua reinvenção, sendo de extrema importância para o futuro dessa política pública. E os riscos apenas remontaram à possibilidade de constrangimento – por isso foi garantido o anonimato.

As pesquisadoras assumiram a responsabilidade quanto ao uso apropriado dos dados, apenas para estudo e publicação, resguardando os princípios de confidencialidade, privacidade e proteção da imagem das pessoas envolvidas na pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados da pesquisa foram divididos de acordo com temáticas encontradas pelas falas dos sujeitos em: relações de saber, modelos em disputa, relações de poder e superações do problema.

6.1 AS RELAÇÕES DE SABER PRESENTES NA ATENÇÃO BÁSICA

Na análise dos saberes que orientam a atenção básica, foi considerada a categoria relações de saber, que se desdobrou em quatro eixos de análise: relação de saber profissional-usuário, relações de saber entre profissionais, relações de saber academia-atenção básica-saber popular e posição que a atenção básica ocupa no SUS.

Sobre a relação de saber profissional-usuário, para a categoria usuários, apesar do reconhecimento de alguns profissionais dos saberes populares, ainda é necessário um caminho a percorrer para a conscientização, tanto pela população quanto pelos profissionais, da sua importância como contributo ao processo de cuidado. Também foi trazido que, por vezes, os profissionais da unidade de saúde não levam em consideração as redes de relações dos usuários.

[...] talvez todos não reconheçam essa importância mas creio que alguns, sim [...] mas eu acho que é um longo caminho ainda que a gente vai ter que traçar para poder conscientizar a população, inclusive os profissionais, de que a discussão popular, de que os saberes populares são importantes também. (USUÁRIO 2).

Eu levei um amigo meu para unidade de saúde porque o namorado dele descobriu sífilis [...] fui com ele para o posto de saúde da unidade básica e, por incrível que pareça, foi uma dificuldade enorme. No dia que ele chega, ele é atendido, mas não deixaram que eu o acompanhasse. Eu, sabendo dos procedimentos e como é a conduta, poderia ajudar [...] (USUÁRIO 1).

O baixo reconhecimento de alguns profissionais sobre os saberes populares é consequência de um projeto colonial que faz com que tudo aquilo que não seja considerado científico ou proposto por profissionais licenciados seja inferior, contribuindo pouco à tomada de decisão para o cuidado em saúde ou passível de descarte. Por vezes, como consequência desse projeto, é introjetado nos usuários que o profissional, por ter uma formação acadêmica, sabe mais, logo, pode e deve

decidir por ele e não com ele, ou seja, ao usuário é atribuída uma posição inferior de autonomia acerca do seu próprio processo saúde-cuidado e, por uma relação entre saber e poder, os que supostamente sabem mais sobre um certo conhecimento, exercem maior controle sobre os demais.

O *Medical Registration Act*, de 1858, no Reino Unido, é o marco importante da monopolização dos cuidados de saúde pelos profissionais. Através da criação do General Medical Council, o médico ganha o direito de colocar toda a prática de cuidado sob prova científica, considerando apenas aqueles testados válidos e aceitáveis. A consequência é o descrédito de outras filosofias e práticas terapêuticas, privando-as de legitimação e apoio estatal (FROHOCK, 2002; SAKS, 2005).

No entanto, essa monopolização e também a apropriação remontam à era colonial. A partir do momento que os jesuítas perceberam o poder de cura das práticas indígenas, especialmente das plantas medicinais, eles se apropriaram para depois monopolizar tais práticas, endossados pela necessidade de excluir homens e mulheres da possibilidade da cura a partir de experiências hereditárias; eram os chamados de charlatões, ou seja, “homens que, sem estudos, e sem conhecimento da arte de curar, a exercem, distribuindo como específicos remédios de sua invenção, e enganando nas encruzilhadas o público, para se enriquecer às custas dele” (ARCHIVO PITTORESCO, 1866, p. 80; GOMES, 1972), já que o exercício da cura só poderia ser forjado através de intensos anos de estudo.

Pode-se chamar a essas exclusões aquilo que Santos e Meneses (2009) nomearam de “epistemicídio”, ou seja, a destruição, inferiorização e/ou ocultação dos saberes, aspectos culturais e sociais não cunhados pela lógica ocidental da ciência, em nome do poder designado pelo colonialismo e pela modernidade. Entender esse aspecto como o ponto de partida pode ser útil para perceber a insistente necessidade de legitimidade do saber científico como eixo estruturante da biomedicina e das práticas biomédicas em saúde, ou seja, a recusa dos profissionais não se trata apenas de uma atitude individual, mas de uma construção, em que o epistemicídio é uma das ferramentas utilizadas para a dominação.

A respeito da tomada de consciência dos usuários, para Villa *et al.* (2015), a hierarquia posta sobre os usuários, comprometendo a autonomia dos envolvidos no processo assistencial, chegando ao estado de dependência e de alienação, principalmente da/o profissional médica/o, resulta de uma complexa construção social, em que se foi cristalizando no imaginário social o poder do profissional de saúde sobre

a vida do outro. Desta forma, não se deve, assim como no reconhecimento pelos profissionais, ser pontuado como uma falta individual, mas como uma necessidade coletiva e, nessa perspectiva, cabe considerar que as relações de poder se modificam, levando a subjugação maior ou menor de alguns sujeitos em detrimento de outros, de acordo com a própria noção do direito, que, no caso do Brasil, diante da constituição da sociedade a partir da escravatura, instaurou como “natural” a subalternidade dos mais pobres e, com isso, certas práticas autoritárias e excludentes (CAMINHA *et al.*, 2021) passaram a ser restritas a uma classe, uma raça e/ou um gênero.

Isso implica dizer, primeiro, que a possível subjugação dos usuários aos profissionais de saúde não é simplesmente uma escolha, mas um reflexo da estratégia biomédica de intervir; segundo, que, considerando o caráter interseccional que perpassa grande parte do público usuário da atenção básica, essa “subserviência” faz parte de uma matriz de colonialidade que organiza hierarquicamente o mundo, porém não sem resistência – neste sentido, o “reconhecimento dos saberes populares fortalece e resulta em uma tentativa de transformação da ordem social dominante e colonizadora” (NESPOLI, 2018, não paginado); tenta-se, como propõem as sociologias das ausências, das emergências e a ecologia dos saberes, recompor o pluralismo epistemológico apagado pela lógica colonial, para que a existência de múltiplas visões e experiências contribua às práticas de cuidados em saúde que ultrapassem as monopolizadas pela ciência. Sob esta perspectiva, “cada povo (e seus saberes) é percebido não a partir da diferença de um patrimônio substantivo, estável, permanente e fixo de cultura, ou uma episteme cristalizada, mas sim como um vetor histórico” (SEGATO, 2012, p. 111).

Quando analisado o discurso crítico das categorias representacionais movimento social e idealizadores, ressalta-se um fortalecimento no olhar sobre a Educação Popular na relação usuário-profissional associada à instituição da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEP-SUS) (2013). Porém, também foi colocado que, apesar disso, nem todos os profissionais possuem essa postura, seja por falta de acesso, demonstrando uma falha no sistema de formação inicial e permanente, seja por falta de interesse, ou seja, depende da compreensão do profissional sobre seu papel, sobre o território e os fatores de determinações sociais.

Ao se fazer um exame crítico nas últimas décadas, apesar do desenvolvimento e reorientação das reflexões teóricas e metodológicas no cuidado em saúde, em

especial no contexto da ESF – sendo a AB um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas orientadas pela Educação Popular em saúde devido a três principais razões apontadas por Cruz, Silva e Acioli (2021) em nota técnica da Rede APS: primeira, porque a AB contribui para a promoção do protagonismo na construção da saúde, da saúde individual, do território e da comunidade; segundo, pelo fato de a ESF considerar a saúde transversal com outras dimensões da vida social, como a cultura, a política, as relações sociais, a economia, dentre outras; finalmente, devido ao processo de construção compartilhada entre profissionais e entre as pessoas que estão em processo de cuidado, que, apesar de ainda frágil, conforme vimos, ainda tem no espaço da AB seu maior potencial –, parece que essas mudanças não vêm sendo traduzidas a contento na prática dos serviços.

A Educação Popular, e seus princípios (FREIRE, 1987), ou seja, uma reflexão-reflexão originada para e com o povo como teorias e práticas emancipatórias e libertárias, ainda é tida por alguns como uma ideologia individual. Com isso, a utilização de maneira conceitual e prática da Educação Popular em saúde é hoje uma opção e não uma regra (SILVA *et al.*, 2010), contribuindo pouco para uma mudança estrutural nas políticas de saúde.

Uma parte dos profissionais tem procurado se responsabilizar mais por esse olhar [...], mas isso é muito dependente também da qualificação e da compreensão que ele tem do papel de generalista [...]. Eu entendo que uma grande parte dos profissionais hoje tá avançando, mas isso não é linear, isso não é dado para todo mundo. (IDEALIZADOR 2).

[...] enquanto política, não posso pensar em questões setoriais ou individuais. Eu preciso pensar em uma possibilidade de universalização, generalização. Por exemplo: você é atendido por um profissional e o cara te dá a maior atenção. Aí a outra pessoa tem a mesma condição que você e não consegue ter o mesmo atendimento que você. Isso pra mim não é política de saúde, isso não é mudança estrutural, isso não garante para todo mundo o atendimento igual. (MOVIMENTO SOCIAL).

A categoria trabalhador trouxe a relação da introdução das PICS no SUS com o avanço na aproximação profissional-usuário, apesar das atuais desvalorizações e dos desinvestimentos na área.

[...] na minha opinião, eu creio que isso tem avançado, principalmente quando a gente tem esse meio que tímido avanço das práticas integrativas. Não sei se vai continuar, até porque está nesse processo de desfinanciamento, mas a gente começou a ter um avanço, a própria comunidade a perguntar por isso e dizer que ela tinha condição de ter as reuniões, de ter as rodas de conversa. (TRABALHADOR 4).

Eu acho que hoje o avanço de você querer bater metas sobra pouco tempo, ninguém quer mais falar mais, as consultas demoram 15 minutos, em alguns consultórios nem cadeira tem para a população sentar, quanto mais para você entender o saber daquele ali. (TRABALHADOR 4).

Então esse negócio de você ficar sentado, ouvindo o que o paciente tem a dizer, e considerar contexto, ouvir os anseios, considerar preocupações, isso é uma coisa que é desvalorizada porque o componente humano, e aí eu tô falando das ciências humanas, ele é desvalorizado, ele é posto de lado dentro de lógica biomédica. (TRABALHADOR 2).

No âmbito do SUS, em especial na atenção básica, desde 2006, essas práticas, por representarem sistemas médicos complexos e se constituírem por outras racionalidades médicas e práticas complementares de cuidado, apontam importantes avanços para as mudanças epistemológica e sociológica do cuidado em saúde, tanto para o profissional quanto para o usuário, que passa a se relacionar com seu processo de cuidado a partir de outros olhares que não exclusivamente pela medicalização. Devido a essas características, pode-se olhar para este ramo de atuação na AB a partir da ecologia do cuidado, por se colocar como uma contrateoria-prática a concepção de saberes e práticas fragmentadas e especializadas da medicina moderna ocidental. A ecologia do cuidado não pretende, ao contrário da medicina moderna, rejeitar a necessidade de estruturas e modelos de cuidados biomédicos, mas visa uma justiça cognitiva e social através do reconhecimento e da legitimação da diversidade de saberes e práticas de cura e de cuidado (NUNES; LOUVISON, 2020).

No entanto, por possuírem uma abordagem que considera outros fatores além do biológico, como os sentidos e o autoconhecimento corporal, emocional, social e energético, levando à redução de excessos da biomedicina e conseqüentemente da sobremedicalização do sofrimento humano, tais práticas são constantemente colocadas em cheque pela medicina moderna, fazendo com que, mesmo diante de evidências positivas e convergentes, muitas PICS sejam qualificadas com baixas evidências sobre sua eficácia (LUZ; BARROS, 2012; TESSER; NORMAN, 2021).

Outro fator, atrelado ao primeiro, que também põe em dúvida a legitimidade das PICS é o próprio Estado capitalista, levando, desde que introduzidas institucionalmente na saúde pública, à sua desmobilização, seja através de baixos investimentos financeiros para sua implementação, seja com pouca expressão na formação acadêmica em saúde e/ou, ainda, na carência de regulamentação de

formações e habilitação para o exercício de algumas práticas (TESSER; NORMAN, 2021).

Portanto, a ofensiva às PICS se dá por serem práticas que recorrem à esfera subjetiva, de mais baixo custo e de se construir a partir de outra racionalidade. Com isso, por não representarem o saber instituído e por não serem rentáveis ao mercado, possuem menor poder no estado neoliberal, de base cientificista, racionalidade ocidentalizada e altamente medicalizador. Assim se configura o Estado neoliberal, organizando-se e orientando-se com fins a garantir a supremacia do capital e a permanência das relações de poder instituídas. Por isso, as investidas em acabar ou deslegitimar as políticas de saúde voltadas para as ciências sociais e humanas são diárias, e isso se dá, sobretudo, pela posição de privilégio epistêmico reclamada pela ciência moderna – no caso, pela biomedicina. Devido a isso, ela limita o caráter emancipatório da saúde como direito, direcionando-a como “conhecimento-regulação” (SANTOS, 2000), além de obscurecer interesses políticos específicos através de um discurso aparentemente neutro.

Contudo, faz-se necessário refletir acerca da apropriação pela abordagem biomédica e médico-centrada de algumas PICS. Uma vez disseminada pela medicina do Ocidente e pela necessidade imposta de obter evidências científicas, por vezes, as práticas tomam um caráter autoritário e corporativista: ao contrário do objetivo central, produzem injustiças cognitivas através do uso do controle e da eliminação da sua base epistemológica (TESSER; NORMAN, 2021). Neste sentido, o Estado “permite” a presença das PICS no SUS desde que reguladas pela forma de cuidado colonialista e eurocêntrica, já que,

[...] permanentemente colonizador e intervencionista, debilita autonomias, irrompe na vida institucional, rasga o tecido comunitário, gera dependência e oferece com uma mão a modernidade do discurso crítico igualitário, enquanto com a outra introduz os princípios do individualismo e a modernidade instrumental da razão liberal e capitalista. (SEGATO, 2012, p. 110).

Por fim, quando analisamos o discurso da categoria gestores, destacam-se dois aspectos: a dificuldade de fixação médica e o não entendimento sobre a alta complexidade que a atenção básica possui. O primeiro aspecto, segundo os participantes, leva a uma alta rotatividade do profissional, dificultando o estabelecimento do vínculo do profissional com o território e, conseqüentemente, conhecer e se relacionar com o usuário. Sobre a questão, vale lembrar que um dos

atributos que estrutura a atenção primária é a longitudinalidade, ou seja, “o acompanhamento do paciente ao longo do tempo, estando implícita uma relação terapêutica caracterizada por responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do paciente” (CUNHA; GIOVANELLA, 2011, p. 1030). Esse vínculo longitudinal só pode ser estabelecido quando existe uma presença física e simbólica das partes relacionais. Nesse aspecto, “uma boa relação profissional-paciente envolve confiança, padrão de comunicação, consideração dos problemas relatados pelo paciente e dos aspectos biopsicossociais” (p. 1038). Dessa forma, a baixa fixação profissional na atenção básica, sobretudo médica, por diversos aspectos (salários, condições de trabalho, *status* social, perfil profissional, exigência da atenção básica, etc.), contribuem sobremaneira para que o vínculo entre usuário e profissional seja frágil.

Nesse sentido, destaca-se o Programa Mais Médicos, criado em 2013, com um dos objetivos de melhor distribuir o provimento médico na atenção básica. Apesar do entrave da língua (no caso de médicos cubanos e espanhóis), muitos estudos apontam que a presença constante desses profissionais nas unidades de saúde e na comunidade e que a modificação da formação em saúde proporcionada pelo programa para atender aos princípios da atenção básica contribuiu não apenas para ampliar o acesso, mas também para uma relação médico-usuário mais humanizada (MIRANDA; LIMA, 2020; PADRE; MARTINS; RODRIGUES, 2019).

O que mais atrapalha essa troca de saberes, esse vínculo com a comunidade é justamente a dificuldade de fixação [...]. Essa troca de conhecimentos não acontece como deveria acontecer e aí a população acaba sendo acometida e todo o sistema vira uma bola de neve, porque entra um profissional novo, que não conhece [...]. Quando teve o advento do Mais Médicos com os médicos cubanos, o grande ganho na atuação deles foi justamente esse vínculo com a comunidade. (GESTOR 3).

O outro aspecto, o não entendimento sobre a alta complexidade que a atenção básica possui, se dá por esta ser uma política que deve ter o protagonismo da população como ponto-chave, e que tem na sua base a convivência com as diversas vulnerabilidades sociais e econômicas. Isso faz com que os profissionais não percebam ou não saibam lidar com o caráter fortemente relacional e social desse nível de atenção.

A atenção primária tem altíssima complexidade na atenção primária. Eu falo para as turmas, as mas maiores inovações tecnológicas que salvou milhões de vidas nos últimos 30 anos, que as pessoas fazem sem usar nenhum diploma, não precisa nem saber ler e escrever, é fazer um soro oral. [...] quem fez isso foi a própria população, então a população é também protagonista [...] (GESTOR 2).

Eu acho que esse é o nosso grande desafio de produção do conhecimento hoje. Como interagir as várias profissões, como interagir os saberes, como interagir com o usuário, como interagir com o território, sobretudo num contexto de muita vulnerabilidade? E vulnerabilidade no Brasil tem a ver com raça, tem a ver com a intolerância à orientação sexual, tem a ver com a pobreza, com questões ambientais muito fortes. (GESTOR 1).

Eles [médicos] vêm sem saber de absolutamente nada. Eles saem das universidades pra cá verdinhos, sem saber de nada. Quando eles chegam aqui é um choque, eles têm medo. Por isso que médico vai tanto embora, porque eles têm medo de fazer a saúde da família, porque fazer a saúde da família é ter o vínculo direto com aquele cidadão, com aquela pessoa, é você saber de onde ele veio, onde nasceu, o que ele fez, qual foi a história de vida dele, porque ele tá assim, como a gente vai poder ajudar ele, e isso dá trabalho. (TRABALHADOR 5).

Apesar de a Portaria 648/06, que institui a PNAB, considerar que esta “utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território” (BRASIL, 2006, p. 10), frequentemente confunde-se densidade com complexidade, e a atenção básica é posicionada como inferior em relação aos demais níveis de atenção, inclusive pelos próprios profissionais que nela trabalham. Porém, não existe maior complexidade que promover saúde em situações socioeconômicas adversas, vulnerabilidades diversas, problemas ambientais e estruturais; para tais situações (que se sobrepõem), mais do que tecnologias sofisticadas, necessita-se de profissionais qualificados e construção de relacionamento sólidos. Nesse caso, falamos não somente, mas sobretudo, de tecnologias relacionais, que compreendem um modo de produzir saúde que, mais que prescritivo, é reforçado pelo aspecto relacional. Desta forma, o trabalhador

Pode estabelecer com o usuário uma relação mais produtiva, porque mais inclusiva deste usuário como sujeito também da produção do seu próprio cuidado. Esta pode se dar sob parâmetros de implicação mútua, no reconhecimento que ali há o encontro de sujeitos que têm juntos protagonismos na produção da saúde e, sobretudo, estão presentes diretrizes de intervenção/relação de acolhimento, estabelecimento de vínculo e responsabilização. (FRANCO; MERHY, 2012, p. 157).

Um segundo ponto trazido pelos sujeitos da pesquisa como desdobramento da categoria relações de saber foi a relação interprofissional na equipe de atenção básica. Para um representante da categoria trabalhador, existe dentro da própria equipe de saúde uma estrutura hierárquica de conhecimento e poder: o médico está no topo, e o ACS, na base. No entanto, como apontam outros sujeitos da pesquisa, essa estruturação contradiz a dimensão do trabalho, com o entendimento sobre o fazer atenção básica, com o posicionamento sobre cuidado em saúde e até mesmo com a linha de defesa e luta das categorias profissionais.

[...] Dentro da equipe, na visão dos próprios profissionais, o médico é o maior, ele é quem detém o maior conhecimento, é a referência de toda a situação. Aí vem o enfermeiro, que muitas vezes, geralmente dentro da equipe de saúde da família, é quem tem a maior sobrecarga. Muitas vezes faz até o papel do médico, porque o médico diz “Não, só atendo tantas fichas e acabou”. O enfermeiro não tem isso. O enfermeiro atende todos os programas, dá assistência a tudo, tem que supervisionar o agente comunitário de saúde, tem que supervisionar o próprio médico, então, ele é muito sobrecarregado, mas nessa escala de “importância” ele não é o mais importante. E tem o agente comunitário de saúde, que é a principal porta de entrada, porque ele não tá dentro da unidade, mas ele tá lá dentro da comunidade. Ele é detentor de todas as informações, tanto para o enfermeiro como para o médico, como para os demais, mas é, na escala da importância, talvez o menos importante se você olhar nesse sistema. (TRABALHADOR 5).

Do ponto de vista técnico em relação ao conjunto do rol de atribuições e o posicionamento da responsabilidade sanitária, do conceito de compreensão de território, da definição de papel de busca ativa, da capacidade de diálogo com a população, de conhecimento e estruturação dos determinantes sociais, as outras profissões tão muito adiante do médico. (IDEALIZADOR 2).

[...] porque o médico tá muito pra doença, né? O enfermeiro, embora também esteja muito para a doença, tá mais fácil de entender. [...] o enfermeiro tá mais atento para esse lado afetivo. O médico tá mais com a doença. (IDEALIZADOR 1).

Você tem o segmento das entidades médicas e de outras profissões também, que não têm um olhar para a atenção primária em saúde, o olhar é muito corporativo, pensando em médico. Das entidades médicas, das especialidades, o olhar dela é a visão hospitalocêntrica, o olhar dela é para fora de uma atenção primária em saúde, a grande pauta deles é a tabela SUS que é da média e alta complexidade. (GESTOR 1).

Apesar de a saúde da família ter como uma das suas principais características de atuação o trabalho multi e interdisciplinar, na fala dos participantes, essa atuação parece ser um dos entraves a ser enfrentado, tendo em vista as diferentes concepções sobre as atuações e responsabilidades. Conforme alertam Lanzoni e Meirelles (2012), quando existe uma inexistência da responsabilidade coletiva, focando apenas no trabalho núcleo, é mais provável que haja uma descontinuidade entre as funções

específicas de cada profissional e uma interação débil entre a equipe. Essa frágil relação “permeia o processo de trabalho, seja na comunicação, que na ESF, apesar do discurso comprometido com a participação, persiste sob formas tradicionais, falas dominantes, verticais e autoritárias, seja na centralidade médica ainda dominante” (SILVA; ARANTES, 2017, p. 608), levando a uma atenção fragmentada e autoritária ao usuário, já que é difícil prestar um cuidado integral e atencioso com uma equipe desintegrada e hierarquizada.

Outros estudos (SILVA; ARANTES, 2017; VILLA *et al.*, 2015) apontam que o processo de trabalho nas equipes de saúde da família é atravessado por diversas tensões, cuja base são as relações de poder-saber existentes entre profissionais: ora explícitas, ora sutis. Sobre a questão, Silva e Arantes (2017) colocam que, apesar de todos serem considerados profissionais da saúde e possuírem o mesmo campo de atuação, seus núcleos foram construídos em tempos históricos e interesses diferentes, de acordo com racionalidades científicas específicas e construídas social e politicamente a partir de hierarquias de reconhecimento e legitimação. Sobre esses aspectos, a profissão médica assume papel central sobre as demais. Para Foucault (1986 *apud* VILLA *et al.*, 2015, p. 1045),

[...] a profissionalização dos técnicos se deu por meio da articulação entre saber e poder médico, instituindo-se uma série de práticas disciplinares de regulação das relações e do espaço institucional a partir da hegemonia médica, em torno da qual foram se constituindo todas as demais profissões.

Esse papel da medicina conformou, ao longo do tempo, verdadeiras pirâmides hierárquicas de autoridade. Sobre a ESF, Villa *et al.* (2015) concordam que, embora o trabalho tente se estruturar de maneira mais horizontalizada, permanecem a centralidade e a autoridade do médico.

Essa verticalização se dá desde o período colonial: na Europa moderna, a distinção entre o médico e o cirurgião aponta as primeiras diferenças hierárquicas entre profissões, pois o médico seria “um letrado e um sábio que pauta sua ciência nos livros e na observação do moribundo; o cirurgião, por sua vez, é o que pratica a prescrição dada pelo douto” (LEBRUN, 1985, p. 299), ou seja, ao médico era dado o status de filósofo da medicina, ao cirurgião, de técnico. Nos tempos atuais, essa suposta superioridade da profissão médica como campo de saber filosófico ainda pode ser vista na Europa, por exemplo, em Portugal, através da diferença entre a

instituição formadora da profissão médica e as outras profissões de saúde. O curso de medicina é lecionado nas universidades, os demais, nos institutos politécnicos. A diferença entre as instituições – a primeira possui uma conotação mais de criar, e a segunda, de executar, havendo uma distinção entre quem “pensa” e quem faz – se dá na própria lei n. 46/86, que as regulamenta:

3 - O ensino universitário, orientado por uma constante perspectiva de promoção de investigação e de criação do saber, visa assegurar uma sólida preparação científica e cultural e proporcionar uma formação técnica que habilite para o exercício de atividades profissionais e culturais e fomenta o desenvolvimento das capacidades de concepção, de inovação e de análise crítica. 4 - O ensino politécnico, orientado por uma constante perspectiva de investigação aplicada e de desenvolvimento, dirigido à compreensão e solução de problemas concretos, visa proporcionar uma sólida formação cultural e técnica de nível superior, desenvolver a capacidade de inovação e de análise crítica e ministrar conhecimentos científicos de índole teórica e prática e as suas aplicações com vista ao exercício de atividades profissionais. (PORTUGAL, 1986, art. 11, p. 7).

O que essas informações trazem, de maneira geral, é que a relação entre saber e poder presente até hoje nas equipes de saúde é uma construção que se dá quase naturalmente e ainda hoje é perpetuada pela ciência da saúde no cenário Ocidental, o que dá legitimidade para que os profissionais médicos exerçam o controle sobre os outros profissionais e os usuários (COSTA; MARTINS, 2011).

No Brasil, diante disso, pode-se dizer que essas relações são uma herança da constituição colonial da medicina e da visão eurocêntrica de cuidado. Essa afirmação leva à necessidade de as equipes de saúde da família reverem o processo de sujeição, as microrrelações e a micropolítica sutis e explícitas que se estabelecem no dia a dia do trabalho e no ato de cuidar (SILVA; ARANTES, 2017).

Sobre o subeixo de análise relações de saber academia-atenção básica-saber popular, as categorias usuários, gestores e trabalhadores apontaram que, apesar da necessidade de os saberes acadêmicos e populares caminharem juntos, ainda existe pouca complementaridade entre eles, tendo em vista que o debate no espaço acadêmico ainda não interage como deveria com o território e faz com que aquele se isole da realidade, não ouvindo de fato as demandas da sociedade, não cumprindo, com isso, o seu papel de análise e transformação social. Devido a isso, muitas vezes, o contexto da academia é limitado a produções científicas pouco efetivas para uma mudança, pois são formuladas mais para responder a uma necessidade produtivista de acordo com conveniência e *expertise* do pesquisador e da instituição.

Quanto às universidades, a gente sabe que tem setor da saúde coletiva das universidades, mas assim, no geral, fica muito para dentro da universidade ainda essa discussão. (USUÁRIO 2).

Existe o saber popular, existe o saber acadêmico do que a gente aprendeu na sala de aula, só que parece que a gente ainda anda muito distante os dois saberes, os dois são importantes e se completam. (USUÁRIO 2).

Apesar de eu acreditar muito no saber popular, uma coisa que eu acho que não tem comparação falar do saber popular maior ou melhor menor do que o saber científico, eu acho que a gente tem que equiparar, eu acho que de repente trabalhar em ambas as perspectivas né? ...trabalhar de forma a valorizar os saberes populares mas tem que fazer construção científica também disso. (TRABALHADOR 3).

A universidade tá sofrendo agora, queixando os governos, em parte por culpa da própria universidade porque ela se isolou, se encastelou. O hospital universitário não sabe qual é o principal problema de saúde dessa comunidade em que ele está inserido. (GESTOR 2).

A academia é perdida para tudo, porque ela tá cada vez mais distante das discussões realmente relevantes. A gente acabou de perder uma sequência de governos, vai lá, progressistas, com limitações, mas progressistas, porque a gente não conseguiu enxergar o que a rua queria. Quem é que tinha o papel de apontar para gente, de se antecipar ao analisar, ao estudar as ciências sociais? Então a academia tá onde ela sempre teve, encastelada, entendeu, dentro de um regime de produção acadêmica de artigos em sua maioria irrelevante. A academia não tá preocupada em ouvir as pessoas que estão aqui trabalhando para tentar entender o que tá acontecendo. (TRABALHADOR 2).

No âmbito da universidade, a discussão sobre a academia e a Educação Popular ganha destaque nos anos 1960, com universidades populares em um sentido freireano e com a extensão universitária – esta, apesar de surgir no século XIX na Inglaterra, no Brasil, só na década de 1960 tomou os moldes do que conhecemos hoje, muito a partir dos movimentos sociais como o Centro Popular de Cultura da União Nacional dos Estudantes, o Serviço de Extensão Cultural na Universidade Federal de Recife, o Movimento de Cultural Popular e o Movimento de Educação de Base, todos inspirados nas obras de Paulo Freire. No entanto, a partir do golpe militar de 1964, muitos desses movimentos foram desfeitos e a Educação Popular ficou para segundo plano no seio da universidade. Porém, nos fins da década de 1980, ressurgiram vários movimentos populares, organizações não governamentais e sindicais dando início ao reencontro do saber popular e acadêmico. A partir da Constituição de 1988 e da Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996 (Lei n. 9.394/96) (BRASIL, 1996b) ocorreu a respectiva consagração institucional (GADOTTI, 2017).

Para Freire (1977), a relação da universidade com a Educação Popular se dá por aquilo que ela diz e faz em relação ao poder. Para Florestan Fernandes (1960, p. 163),

[...] democratizar o ensino não significa apenas expandir a rede de escolas, mantendo os padrões elitistas e o privilégio social. O ensino precisa ser democrático na sua estrutura, na mentalidade dominante, nas relações pedagógicas e nos produtos dos processos educacionais.

Neste sentido, não se trata apenas de mudar o escopo de atuação desse espaço; é necessário também agir para dentro – e aí a estrutura curricular e o público que o compõe ganham destaque. Sobre o primeiro, para que a universidade seja capaz de conversar de maneira horizontal com o saber popular, é necessário romper com a perspectiva elitista e conteudista majoritária, abrindo espaço para um ensino transdisciplinar, democrático e emancipatório, em que as realidades de todos os grupos sociais que compõem o País façam parte da estrutura curricular, pois é dessa forma que será possível desestruturar as diversas violências institucionais e estruturais perpetuadas pela academia. Destacamos importantes autores, autoras e suas obras ademais de Paulo Freire: *Educação não é um privilégio* (TEIXEIRA, 1957); *Universidade brasileira: reforma ou revolução* (FERNANDES, 1975); *Escritos sobre a universidade* (CHAUÍ, 2001); *A universidade brasileira em busca de sua identidade* (FÁVERO, 1977); *Conversas com quem gosta de ensinar* (ALVES, 1980); *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal* (SANTOS, 2000), dentre outros.

Acerca do segundo ponto, no Brasil, as políticas afirmativas pela Lei n. 12.711/2012 (BRASIL, 2012b) foram essenciais para mudar o perfil da universidade e para contribuir ao debate sobre as diversas desigualdades sociais. Graças ao sistema de cotas, mesmo que ainda insuficiente, tem sido possível, a passos lentos, enfrentar o contexto acadêmico do mercado, que na sua raiz é racista, excludente e elitista, trazendo de fato a maior parte da população brasileira para dentro dos muros da universidade, não apenas como serviços gerais, mas como docente, discente e investigadora.

Apesar desses avanços na relação da academia com a Educação Popular no âmbito da saúde, como identificamos nas falas, ainda há muito o que avançar. É de maior familiaridade nas formações em saúde a Educação em Saúde, ação

fundamental para garantir novas práticas sanitárias, por ser considerada uma “forma de reunir e dispor de recursos para intervir e transformar as condições objetivas, visando alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva de sujeitos político-sociais” (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2009, não paginado). No entanto, assim como temos falado de outras práticas de saúde, a educação em saúde originou-se a partir da concepção higienista, que derivou para a campanhista, ambas atreladas à ideologia liberal da biomedicina e centradas nas responsabilidades individuais e através da prescrição de normas, podendo ser chamadas de educação sanitária, funcionando, muitas vezes, como uma forma de controle do Estado sobre os indivíduos e as relações sociais (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2009). Apesar disso, inegáveis foram os avanços sobre a educação em saúde advindos do MSRB, especialmente no que tange ao objetivo, à concepção e à forma de atuação.

Porém, no sentido de superar a ainda presente utilização da educação em saúde como forma de dominação do saber, destacou-se o movimento da Educação Popular em Saúde como um projeto político-ideológico-filosófico visando reconhecer e enfrentar os problemas de saúde mediante o diálogo, o respeito à cultura, o reconhecimento dos diversos saberes, tendo como aparato teórico a Educação Popular. No entanto, tendo em vista seu caráter contra-hegemônico para as práticas e concepções de saúde, até mesmo para as mais progressistas – pois falar do diálogo com a Educação Popular na formação em saúde é falar de um projeto de sociedade oposto ao neoliberal, ao capital e ao moderno/colonial, como percebemos nas falas anteriores –, um dos seus grandes entraves é a sua incorporação nos cursos de graduação, pós-graduação e educação permanente na área de saúde (AMARAL; PONTES; SILVA, 2014). Isso leva a um afastamento da universidade não apenas da temática em si, mas principalmente de uma ação comprometida e transformadora, e consequentemente a uma prática profissional insipiente nesse sentido.

Apesar de tais apontamentos, cabe destacar que, no âmbito da graduação e pós-graduação em saúde, houve várias mudanças em governos anteriores a 2018, já mencionadas no referencial teórico – Pró-Saúde, PET-Saúde, residências multiprofissionais em saúde da família, saúde coletiva e atenção básica e mestrados profissionais em saúde da família. Além disso, as reestruturações curriculares nas universidades públicas, que aproximaram os estudantes do território, com a tentativa da inserção de uma grade de ensino de cunho menos técnica e assistencial,

acompanhando o esgotamento da exclusividade da perspectiva uniprofissional e unicausal (COSSETIN *et al.*, 2012; AMARAL; PONTES; SILVA, 2014).

No entanto, apesar de os continuados esforços de profissionais da área de saúde, professores, estudantes e sanitaristas debaterem a importância de se ter uma formação na saúde voltada às necessidades da população, o ainda distanciamento do ensino da realidade, levando à frágil integração ensino-serviço-comunidade, do diálogo entre saberes, da construção de práticas profissionais e de gestão em saúde mais alinhadas aos territórios pode ser apontado como um dos aspectos que contribuem para a deslegitimação da AB e as dificuldades na atenção à saúde. Alguns aspectos que levam a essa distância são, por exemplo: a não incorporação, por parte do MS e do MEC, das propostas de aprimoramento das DCNs de maneira nacional; o expressivo aumento de instituições de ensino superior privadas, que, muitas vezes, se pautam por uma lógica interna ao invés das necessidades epidemiológicas e sociais, não priorizando o SUS; o desfinanciamento do SUS, que impacta no ensino em saúde das instituições públicas (CARCERERI *et al.*, 2021).

Duas categorias profissionais foram particularmente mencionadas na relação entre formação e território: o médico e o ACS. A primeira categoria foi apontada como a que mais se sobressai negativamente nesse aspecto, pois possui uma formação que ensina a impor a visão médico-centrada diante das necessidades dos usuários. Já o ACS foi apresentado em um papel oposto, por possuir uma formação que transborda o frequente autoritarismo da saúde, levando a uma maior capacidade de reconhecer e conversar com o território.

Se nós analisarmos a própria formação médica no Brasil, ainda não é uma formação muito voltada pra atenção básica, ela é mais centrada para a atenção hospitalar, para o atendimento no consultório, no setor privado. [...] Diferente dos enfermeiros, as nossas próprias diretrizes curriculares focam muito no preparo na atuação do enfermeiro na atuação básica, que é onde podem ser resolvidos os maiores problemas de saúde que afetam a população. (TRABALHADOR 1).

Eu acho que a Educação Popular é uma coisa da formação mesmo profissional. A gente que passa o tempo todo na faculdade de medicina aprendendo que tem que implantar a nossa agenda diante das pessoas. (TRABALHADOR 2).

O médico ainda, uma boa parte, vem com uma formação muito dura, que não visualiza isso de maneira integral [...] trabalhar a empatia, compreender a empatia com o conjunto do outro, da pessoa; é algo que é um exercício ainda a ser muito aprofundado, isso principalmente na medicina. (IDEALIZADOR 2).

Referente à formação médica para a atenção básica em particular, apesar de as DCNs para o curso de medicina traçarem um perfil de egressos mais generalista, humanista, crítico e com competências gerais e específicas para a prática qualificada, com a criação, inclusive, da disciplina Iniciação à Atenção Primária em Saúde (BRASIL, 2014), persiste o paradigma formativo influenciado pelas corporações e associações de medicina junto a interesses políticos, bem como a incorporação e especialização tecnológicas, em especial da indústria farmacêutica e de equipamentos (SAVASSI; DIAS; GONTIJO, 2018).

O estudo de Coelho *et al.* (2020) aponta que, apesar da mudança curricular, trabalhar na atenção básica não é a principal perspectiva entre os estudantes de medicina, sendo o trabalho nesse nível de atenção transitório, insuficiente, de menor status social, o que leva à necessidade de refletir sobre o caráter ético, moral e a concepção hegemônica do ensino médico. Muitas vezes, a atenção básica é vista quase como um lugar de atuação ideal, em que alguns reconhecem seu papel individual e até coletivo, mas poucos a defendem como uma afirmação dos princípios do SUS como um princípio ético da profissão.

Sobre o ACS, um dos participantes (um dos formuladores do PACS no Brasil), atrela o sucesso desse profissional a seu distanciamento teórico inicial exclusivo da saúde:

“Por que o agente de saúde deu certo? Porque foi formado pela assistente social, que tem outra visão. A formação da saúde é muito autoritária mesmo: “Eu tenho o conhecimento e você tem que fazer desse jeito” [...] Então ele não chega para casa dando lição [...] (IDEALIZADOR 1).

Ao contrário do que ocorre com outros profissionais da equipe de saúde, para os quais as ciências sociais e humanas têm sido introduzidas de forma muito tardia e lenta. Essa característica formativa do ACS, associada a sua inserção genuína na comunidade, são fatores *sine qua non* para romper com a exclusividade biomédica. Diante disso, para Nogueira, Silva e Ramos (2000), a essencialidade desse profissional se dá exatamente por transcender o campo da saúde, exigindo-lhe atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população.

Um representante da categoria trabalhadores, apesar de perceber o maior reconhecimento do ACS para a saúde popular, apontou uma perda da qualificação nesse sentido desde os anos 1990 até agora:

Na nossa época, na década de 90, quando nós entramos, a gente era muito preparada, muito qualificado, isso era primordial [...]. Hoje em dia, os agentes comunitários de saúde que tão sendo selecionados nem passam por uma capacitação nesse sentido da Educação Popular. Isso é lamentável. (TRABALHADOR 5).

Essa discussão levanta a questão da formação do ACS, tida por alguns como insuficiente para o exercício da profissão, tendo em vista que acontece, muitas vezes, apenas em caráter introdutório e através de educação continuada (MOROSINI, 2010). Desta forma, para Gomes *et al.* (2009, p. 750), “o processo de qualificação desse profissional ainda é desestruturado, fragmentado e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel”.

Na perspectiva de tentar suprir essa lacuna e de corresponder à Lei 10507/02 (BRASIL, 2002), que cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências, em 2004 foi lançado o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde pelo MS, no entanto o seu referencial curricular apontava para a qualificação por competências. Para Ramos (2001), quando a qualificação é regida apenas pela noção de competência, corre-se o risco de fortalecer a dimensão técnica em detrimento das dimensões conceitual e social; por consequência, aspectos como a consideração dos saberes populares são postos de lado.

Em contraponto, em 2013, o MS, junto à Fiocruz, lançou o Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde no âmbito do Programa de Qualificação em Educação Popular em Saúde, que se configurou como uma das estratégias prioritárias do plano operativo da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), direcionado, sobretudo, à formação de ACS e ACE. Apesar da importância do curso para a formação na perspectiva da Educação Popular, ele não alcançou a todos.

Para muitos sujeitos de tal pesquisa, os aspectos anteriores são reflexos de um projeto de sociedade capitalista e moderna, como já colocamos em diferentes momentos deste trabalho. Nesse contexto, a academia na saúde, do ponto de vista epistemológico, tem um papel preponderante quando volta o ensino para as especialidades, para a lógica biomédica e utiliza concepções anglo-saxônicas.

Os atores contrários à atenção básica são o processo histórico de superespecialização, de atuação especializada da medicina, de vinculação do processo remuneratório à superespecialização precoce e imediata, ao

conceito da formação de especialista com uma estrutura diferenciada, a divisão e o papel de algumas sociedades de especialidades que, de uma forma ou de outra, superdimensionam o papel dos seus especialistas até por uma atitude de reserva de mercado e de diminuição do processo formador. (IDEALIZADOR 2).

O modelo de ensino médico é centrado na especialização – todo mundo só quer ser especialista e ganhar muito dinheiro. (GESTOR 5).

[...] A lógica do sistema é ser biomédico mesmo, é desconsiderar saber popular, é desconsiderar o contexto das pessoas, acho que não é um problema que a gente vai resolver em curto prazo. (TRABALHADOR 2).

[...] Tem muito professor de universidade que se encastela lá em cima e faz com que médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e todos os outros profissionais se comportem como um profissional da doença e não como um profissional da saúde. (GESTOR 2).

Eu acho que nós estamos vivendo um período de forte influência das evidências científicas muito baseadas nas publicações anglo-saxônicas. (GESTOR 1).

Diante das falas, a maneira como a formação em saúde está estruturada – ainda sob a égide da modernidade ocidental e colonial, como já vimos na parte inicial desta tese, com raízes históricas vinculadas ao contexto do Renascimento, associadas ao projeto expansionista de Portugal e Espanha, demandando estratégias e instrumentos técnicos que viabilizassem as invasões (BARROS, 2002), refletindo na saúde, dentre outros aspectos, em especialização, medicalização, autoritarismo e fragmentação do cuidado – parece contribuir desastrosamente ao caráter individualista e hierárquico dos profissionais em todas as formas de relações, com a visão simplória sobre a saúde coletiva, para a deslegitimação da atenção básica e, de maneira geral, com o fortalecimento do modo capitalista de produzir saúde.

O outro eixo de análise dentro da categoria relação de saber na atenção básica foi a posição que a atenção básica ocupa dentro do SUS. Nesse eixo, os discursos representativos versaram as seguintes temáticas: funções da atenção básica no SUS e na saúde suplementar; capilaridade da AB; posição política, epistemológica e ideológica da AB; contradição entre sua teoria e prática.

Foi consensual entre todos os sujeitos da pesquisa que a AB é considerada porta de entrada prioritária no SUS, primeiro acesso de contato, coordenadora e ordenadora da rede de atenção à saúde, em concordância com as definições normativas da PNAB: “§1º A atenção básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.” (BRASIL, 2017e). Em

concordância, também, com as definições acadêmicas, como aponta Starfield (2002) com os sete atributos para a operacionalização da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural.

A nossa ligação enquanto população em situação de rua, ela é muito forte porque a atenção básica, ela é porta de entrada do SUS. (USUÁRIO 2).

Do ponto de vista de atenção primária em saúde, ela é o elemento mais importante do sistema de saúde. Ela realmente que orienta a estruturação do próprio serviço. Se a gente for parar para pensar em termos estratégicos do que é a atenção primária, ela talvez seja o fio condutor de todo o trabalho a ser desenvolvido dentro da questão do cuidado em saúde, mas ela não é o único elemento nem o primordial: se você não tiver atenção secundária e terciária, você não faz saúde. (MOVIMENTO SOCIAL).

Dentro do SUS, a atenção básica é isso: ela é o alicerce do SUS. Ela é a porta de entrada, é onde a gente toma o conhecimento de tudo e a partir dali dá o seguimento para as demais situações. (TRABALHADOR 5).

No entanto, apesar desse suposto consenso, o que as falas trazem ao longo deste trabalho é que a AB se consolidou como nível mas ainda precisa se firmar como ordenadora e coordenadora da rede. A literatura sobre o tema tem apontado que um ponto crítico de construção dos sistemas de saúde é exatamente a articulação entre os pontos da rede. As barreiras postas para tal dificuldade versam dois domínios: da oferta de serviços, devido à falta de padrões tecnológicos comuns, da falta de confiança e de entendimento mútuo, da resistência à mudança pelos profissionais e gestão, das competências profissionais diferentes, do diálogo insuficiente; e o domínio da prática clínica, pela falta de informações compartilhadas (MENDONÇA, 2021).

Mendes (2018), a partir de sistematização de estudos de diferentes países, aponta que as redes de atenção integradas melhoram de maneira geral os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de saúde. Com vistas a esse alcance, Mendonça (2021, p. 17-18) sugere que a rede de serviços orientada e coordenada pela AB deve partir de um planejamento com base na população e ter

O registro da população por meio de sistemas informatizados; infraestrutura física e de equipamentos adequada, inclusive de recursos humanos; implantação de diretrizes clínicas que levem em conta classificação de risco e vulnerabilidade; definição da programação de exames diagnósticos e de consultas especializadas, inclusive para a necessidade de atenção compartilhada, adscrevendo também a população para cada especialista focal; regulação de acesso do que é eletivo; ser o centro de comunicação da

rede – sistemas eletrônicos de comunicação, prontuário eletrônico, listas de espera inteligentes (que incorporem a classificação de risco/vulnerabilidade); capacidade dos profissionais de “fazerem a coisa certa” – introdução de tecnologias de gestão da clínica, na perspectiva de segurança dos pacientes.

Uma importante posição ocupada pela atenção básica no SUS, que é passo essencial para sua posição de coordenadora e ordenadora da rede, trazida pelas categorias representacionais movimento social e idealizadores, trabalhadores e gestores, foi a sua capilaridade, ou seja, a aproximação com a realidade e com a vida das pessoas. Isso faz com que a AB conheça e reconheça os fatores de determinação sociais, podendo intervir sobre e com eles.

Nada dentro do sistema de saúde está mais próximo da realidade do que a atenção primária em saúde. (MOVIMENTO SOCIAL).

[...] A ideia do médico de família, um médico que traga o conhecimento dos especialistas para chegar na família... esse é o sentido da atenção primária. E aí entra a importância do generalista, do serviço público. Enquanto médico da saúde pública, seu interesse é que o povo adoça menos, passar o conhecimento para família, zelar e promover a saúde. (IDEALIZADOR 1).

Essa aproximação com o conjunto das pessoas é positiva, na medida em que aproxima o sistema de saúde, consegue enxergar os determinantes sociais, garante acesso... e, garantindo acesso, você faz prevenção, você faz promoção de saúde. (IDEALIZADOR 2).

Então, a atenção básica que existe dentro da preconização do nosso sistema é que ela é a coordenadora de rede, ordenadora de cuidado [...] ela começou a se organizar, nasceu a ESF, que ajudou muito na contribuição para consolidação do SUS, em termos de acesso da universalidade, porque a atenção básica é porta de entrada e é bastante capilarizada nos territórios. (TRABALHADOR 4).

Sobre a relação da atenção básica com a determinação social, para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2021), por ela estar enraizada no compromisso com a justiça social, a equidade e o reconhecimento da saúde como direito fundamental, deve agir de forma sistemática sobre os determinantes mais amplos da saúde por meio de políticas públicas e ações baseadas em evidências. Para Breilh (2010, p. 100, tradução nossa),

A saúde humana e os ecossistemas são objetos que incluem processos biológicos socialmente determinados. Quando pensamos nessa determinação social da saúde, se queremos cuidar de uma perspectiva dialética que não caia no determinismo biológico ou no determinismo histórico, temos que trabalhar as relações 'sociobiológica' e 'sociedade-natureza', de forma que nenhuma das partes perca sua presença na deliberação.

Com isso, a AB deve ter como base primordial a preocupação com a estrutura social no processo saúde-doença, relacionando a saúde de caráter biológico com contextos sociais, modos de produção e classes sociais (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018). Nesse sentido, Breilh e Granda (1989) traçam um “perfil epidemiológico de classes”, ao incorporar o modo de produção, a formação social, a reprodução social e as classes sociais como matrizes da determinação social do processo saúde-doença.

Estudo realizado por Flisch *et al.* (2014) observou que, quando as equipes de saúde, além dos aspectos epidemiológicos, também se utilizam da situação de saúde da população na análise, no planejamento e na organização do serviço na AB – um mapeamento participativo em saúde –, existem maiores acesso e acolhimento, além da mais efetiva identificação dos problemas de saúde, facilitando não apenas a atuação interdisciplinar, como também a percepção da dinâmica dos territórios e sua correlação com o processo saúde-doença.

No âmbito da saúde suplementar, representada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), na resolução normativa n. 440/ 2018, que institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2018), a atenção básica possui funções muito semelhantes às que ocupa dentro do SUS.

A APS na saúde suplementar deve ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, de modo a responder à maior parte das necessidades de saúde de forma sistêmica, contínua, coordenada, abrangente, acessível e centrada no paciente, e em seu contexto familiar, comunitário e sociocultural, estimulando a autonomia e autocuidado apoiado. [...] A APS na saúde suplementar deve abranger a promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, os cuidados paliativos e a redução de danos. A atenção deve ser oferecida em tempo oportuno, buscando a resolutividade das condições de saúde mais frequentes e relevantes, com foco na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade, baseada em financiamento sustentável. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2018, não paginado).

No entanto, apesar da suposta semelhança entre os objetivos, Miranda (*apud* SANTOS, 2019), em entrevista, aponta as seguintes diferenças entre a APS no SUS e no setor privado:

No SUS a APS está definida pela adscrição de responsabilidades de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar em relação a populações e

territórios; na APS corporativa e mercantil, preconiza-se a adscrição de clientela para especialistas médicos (os outros profissionais de saúde dependeriam dos especialistas médicos). Na APS do SUS, busca-se ênfase na priorização de necessidades sociais visando enfrentamento de iniquidades e prioridades de proteção em razão de riscos e vulnerabilidades abrangentes; na APS corporativa e mercantil, priorizam-se os protocolos de classificação de riscos estritamente biológicos visando à eficiência alocativa de recursos. Na APS do SUS, busca-se a gestão do cuidado no âmbito local, a partir da mediação entre custos e benefícios sociais, individuais e comunitários; na APS corporativa e mercantil, há ênfase em eficiência estritamente orçamentária (na condição de política governamental, a equação seria de custo orçamentário sobre benefício eleitoral). Enfim, poderia alongar as comparações em vários aspectos, mas importa realçar que se trata do matriciamento da APS a partir da política pública do SUS ou do mercado especializado em doenças.

A FenaSaúde, entidade que representa 17 grupos de operadores de planos privados de saúde, apresentou em outubro de 2018 onze propostas que visavam fortalecimento e desenvolvimento do setor em 2019. Uma das principais sugestões era a adoção de um modelo de atendimento baseado na atenção básica e estruturado através de uma rede hierarquizada. Pela proposta, o paciente seria acompanhado por uma equipe multidisciplinar articulada e liderada por um médico de família, o qual seria responsável pelo atendimento primário, pelo acompanhamento do histórico do usuário e pelo eventual encaminhamento a outros níveis de atenção. A FenaSaúde sugeria, ainda, a admissão de hospitais públicos na rede credenciada da saúde suplementar. Tal medida geraria recursos para que as instalações fossem modernizadas, beneficiando também a saúde pública e melhorando o atendimento do usuário do SUS (RODRIGUES, 2018).

A adoção do “modelo saúde da família” no setor suplementar poderia até representar um avanço na tentativa de implantação de uma assistência voltada para a promoção da saúde, em detrimento da atenção médica tradicional prestada entre os planos privados de saúde, bem como poderia gerar uma valorização da população acerca do médico generalista e, conforme a representante da SAPS, gerar maior exigência do usuário por um serviço de qualidade, como mencionam participantes da pesquisa:

Eu acho que é um avanço para quem é usuário do plano de saúde, tá certo? Um avanço para quem tem plano de saúde, para as operadoras. Quando eu estava no ministério, a Agência Nacional de Saúde Suplementar criou um programa para que as operadoras de plano de saúde fizessem ações de promoção à saúde, organizassem, por exemplo, estimular ao parto normal, estímulo a ter um médico generalista, um médico de família, ter uma visão mais integral. Então não tenho dúvida que isso pode garantir, para quem é usuário de plano de saúde, um cuidado mais humanizado. (GESTOR 1).

Já vem de um tempinho que o setor suplementar vem organizando seu modelo de atenção por assim dizer, com base em organização da atenção primária à saúde. E, se a perspectiva for de avançar para atributos também, que acabam fazendo esse diálogo mais com questões do território, que acabam fazendo essa aproximação mais das pessoas, pode ser que incorporem um profissional aos moldes do ACS. (GESTOR 4).

Eu acho que, quando a gente tem mais gente ofertando aquilo, acho que existe alguma possibilidade de uma pressão maior da população, que muitas vezes acessam os dois serviços, em querer os mesmos padrões de qualidade do setor suplementar se ele tiver um padrão de qualidade melhor. Também pode acabar legitimando essa atuação de um clínico geral, de um médico de família em comunidade. Mas são efeitos que a gente teria que ver no longo prazo. (GESTOR 4).

Porém, Miranda (*apud* SANTOS, 2019) levanta as seguintes questões: como atender o usuário sem utilizar a lógica do mercado e do lucro? Como gerenciar uma equipe multiprofissional visando cuidado integral do usuário quando a instituição financeira possui uma gestão empresarial que influencia diretamente no modelo de atenção e nos indicadores? Não seria uma preparação do setor suplementar para receber recursos do setor público ou mais isenção fiscal? Não seria uma forma de criar mais barreiras de acesso a serviços de maior complexidade e maiores custos? Desta forma, essas medidas parecem visar muito mais à racionalização na redução dos custos operacionais, como parte do mercado das doenças, do que à adoção de um modelo de cuidado. Esse mercado tem investido na formação e atuação médica especializada em APS, impulsando reformas de interesse corporativo e mercantil amparadas em discursos tecnocráticos e medidas autoritárias. Essa visão corrobora alguns depoimentos:

Quando a atenção primária é trazida para dentro dos planos de saúde, é para utilizar recursos, diminuir o uso de internações, diminuir o uso de medicamento, prevenir efeitos adversos de complicações de doenças que são mal manejadas... então, assim, não acredito em uma benevolência do capital para atender a população. (MOVIMENTO SOCIAL).

Eles [setor privado] vão conseguir oferecer bons serviços de atenção primária? Vão, eles vão conseguir oferecer um serviço ambulatorial de qualidade, dentro da forma de organização de cada serviço deles, eles vão dar resposta às demandas que as pessoas que procuram os serviços apresentam. No que que eles não vão avançar? Eles não vão conseguir se antecipar a umas questões porque eles não têm ações de vigilância, mas isso é atribuição do privado? A gente quer que seja? A gente quer que tenha uma instituição privada vigiando o território e dizendo o que é que é prioridade? Será que uma entidade privada vigiando o território vai considerar a hanseníase e a tuberculose como prioridade? Eu acredito que não. (TRABALHADOR 2).

[...] o setor suplementar, investir também nessa questão dos cuidados primários para reduzir os custos da assistência hospitalar, que cada vez mais tem se tornado mais cara e de difícil acesso. (TRABALHADOR 1).

O privado quer se apoderar da ideia de SF que poderia dar certo se fosse bem implementada, mas eu particularmente não aposto que isso dê o resultado esperado. [...] Como é que eles iriam ganhar se for para montar, realmente, uma equipe como deveria, para dar resultado mesmo? Porque é muito investimento e talvez o retorno não fosse lá essa maravilha toda. Então “vamos mascarar, vamos dizer que estamos fazendo e vamos vender essa falsa ideia para as pessoas comprarem o serviço”. (TRABALHADOR 5).

O próprio mercado tá enxergando a atenção básica de uma maneira diferente, e a gente pode ver isso na saúde suplementar. A saúde suplementar colocou a atenção básica dentro do rol de atividades, e tão vindo estratégias para a atenção básica. Porque a própria saúde suplementar viu que, se eu invisto na atenção básica, eu tenho menos gasto na média e alta complexidade. E aí, obviamente, foi aberto ao capital estrangeiro em 2015, se eu não me engano, 2016, e aí tá vindo inclusive capital de fora para essa disputa. (GESTOR 3).

A lógica das operadoras em fazer isso é porque sabem que, se você tiver um médico com uma visão mais integral, se você estimular o parto normal, a operadora vai ter ganhos financeiros com isso. O custo vai ser menor também para cuidar da saúde daquela população. (GESTOR 1).

A atenção básica, para além dos aspectos da micropolítica, também foi posicionada no sentido mais estrutural, político, ideológico e contra-hegemônico na garantia do direito à saúde e à cidadania.

A atenção primária para mim está dentro desse contexto político, sociológico, antropológico e ideológico. (GESTOR 2).

Na minha avaliação, estamos em uma posição contra-hegemônica [...]. Dentro do SUS não, dentro da sociedade; dentro do SUS, eu acho que nós já estabelecemos uma prioridade, tanto é que nós estamos em um processo permanente de evolução. (GESTOR 2).

No Brasil, o SUS não tem papel só de garantir o direito à saúde, ou de garantir um atendimento à saúde. No Brasil, o SUS tem papel de transformar os territórios, mudar cidadania. (IDEALIZADOR 2).

Entender a saúde como direito universal é mais que direito a ter saúde; a saúde como direito fundamental significa compreender que se trata de uma condição que deve ser acessível para todos: pobres, ricos, brancos, negros, índios, mulheres, homens, crianças, idosos, trabalhadores formais e informais, quilombolas, populações ribeirinhas, população em situação de rua – não devendo haver privilégio de uns em detrimento de outros. Por sua vez, não se pode falar da saúde como direito fundamental sem falar das concepções de saúde, que podem garantir ou limitar esse direito. Desta forma, o que está em jogo quando se fala de direito à saúde é também

a luta pela definição de o que é saúde. Portanto, o asseguramento a esse direito está longe de ser uma condição dada e/ou pacífica, segundo Nunes (2009); por isso o autor propõe:

O caminho mais produtivo para a resposta a esse desafio poderá passar por uma exploração mais intensa e precisa do processo de coprodução ou construção heterogênea da saúde como conhecimento, como experiência, como ação coletiva e como direito, das ontologias e epistemologias associadas a diferentes práticas e das políticas ontológicas que estas configuram. (p. 165).

Nesse sentido, a AB ganha destaque por duas razões: mesmo com as imensas lacunas, de certa forma, está ao alcance de todos através dos diversos modelos de atuação, como as unidades básicas tradicionais, ESF, PACS, eAP, Consultório de e na Rua, Saúde do Campo, unidades ribeirinhas, dentre outros; e porque, dentro das políticas de saúde no SUS, como vimos pelas/os entrevistadas/os, ela é a que mais discute e tenta executar a concepção ampliada da saúde, reafirmando seu caráter contra-hegemônico dentro do próprio sistema público de saúde. Com isso, atua como uma espécie de balizadora das mudanças necessárias à construção de um sistema de saúde público universal, capaz de produzir uma alternativa ao modelo hospitalocêntrico médico hegemônico (biomédico), suas articulações econômicas e políticas intra e extrasetor saúde, resultando em novos modos de produzir o cuidado e promover a vida (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019).

Um dos participantes apontou o ACS e a ESF como fundamentais nesse processo: “Eu acredito que o agente de saúde e a saúde da família foram muito importantes para estabelecer essa ideia do direito à saúde [...]” (IDEALIZADOR 1). Fonseca e Morosini (2021) atribuem essa importância, dentre tantas já citadas, à vinculação da história do ACS à própria história da AB. Porém, para que a ESF se concretize como uma possibilidade de garantia do direito à saúde da população, é necessário, como aponta Sousa (2001, p. 35),

Romper com os resquícios deixados pelo modelo clássico da doença no que se refere à prática clientelista, pautada pelo favor e esquecendo o direito de cada cidadão. É bem verdade que isso é fruto dos limites da participação da sociedade nos destinos dos bens públicos. Práticas dessa natureza até hoje ocorrem, fazendo-se necessário adotar como critérios para a existência do PACS/PSF sua aprovação e seu acompanhamento pelos Conselhos de Saúde, reforçando a conscientização da população quanto à importância de participar e garantir seus direitos e deveres de cidadania.

De modo semelhante refere o Conselho Nacional de Saúde (2019, p. 5-6):

O debate acerca da resolutividade neste nível de atenção não se restringe a procedimentos técnicos, invasivos e quantificáveis, deve incluir processos qualitativos constituintes da perspectiva da clínica ampliada. Processos que valorizem a escuta aos usuários, práticas educativas territorializadas, o acolhimento e o vínculo, a construção compartilhada de projetos terapêuticos singulares e o trabalho em equipe. Na atenção básica, a compreensão de resolutividade precisa se diferenciar da perspectiva mercantil ou meramente estatística que reforça o modelo de atenção biomédico, cabe enfatizar processos comunitários que incluem a perspectiva da determinação social da saúde. Para tal, a orientação e organização do processo de trabalho na atenção básica precisa se diferenciar à lógica do setor produtivo, em que metas são pactuadas desconsiderando a realidade social e as condições infraestruturais dos serviços e territórios onde se desenvolvem as ações de saúde.

E nesse cenário permeia a contradição entre os aspectos normativos e acadêmicos e a implementação real da política, outro subitem dentro da categoria relações de saber, trazido pelos sujeitos da pesquisa. Garbois, Vargas e Cunha (2008), em pesquisa sobre o direito à saúde na ESF no Rio de Janeiro, apontaram que, ao analisar a política de saúde no Brasil e, dentro dela, a ESF – apesar dela representar a existência de um Estado concreto na vida das pessoas e de se configurar como a mais potente política de saúde para a garantia da saúde como direito –, esse serviço ainda não se mostra capaz de garantir o direito à saúde de sua população conforme assegurado constitucionalmente. Para os autores, a ESF ainda não se visualiza, na prática, como política que concretiza os princípios norteadores do SUS, apresentando uma série de desafios do ponto de vista organizacional: escassez de recursos humanos, financeiros e de estrutura, necessidade de reorganização da atenção básica por meio da superação da visão reducionista e fragmentada do modelo hegemônico; do ponto de vista político, sabendo enfrentar problemas sociais como miséria, violência, exclusão social; do ponto de vista ético, reestruturando questões como a intolerância, o desrespeito pelas diferenças e dignidade humana, a banalização da vida.

Ainda sobre as questões dos recursos humanos, o Conselho Nacional de Saúde (2019) enfatiza propostas para tornar a teoria e a prática na atenção básica congruentes: a valorização dos profissionais da atenção básica com desprecarização dos vínculos empregatícios e das condições de trabalho em saúde; investimento em qualificação profissional pública; política de pessoal única para o SUS e

estabelecimento de carreira SUS de dedicação exclusiva; formação em saúde para atuação na atenção básica.

Em concordância com tais questões, apesar de todas as características positivas apontadas pelos sujeitos da pesquisa e pelas normativas, muitos das/os participantes trouxeram a fragilidade que a atenção básica possui historicamente, e que tem sido ressaltada desde 2016, por aspectos de não priorização de financiamento e de uma percepção de modelo de cuidado que não apenas limita sua atuação clínico-assistencial como também fere seus princípios e posição dentro do SUS.

Eu gostaria de considerar que ela realmente fosse a ordenadora das ações de saúde para toda a rede, mas isso nunca chegou a se cumprir totalmente. (USUÁRIO 1).

Se você me perguntar, eu posso dizer assim: a atenção básica não cumpriu um papel libertador e de menos opressão histórica da cidadania brasileira de acesso ao sistema de saúde como poderia; ela foi um atenuante histórico ao que era, isso é sem dúvida. Mas ela ainda é insuficiente e ela não tá estabelecida. (IDEALIZADOR 2).

Nós temos um discurso do governo de que se deve valorizar a atenção primária, que por isso colocou a atenção primária em uma secretaria específica, mas a priorização dessa atenção como realmente a coordenadora de redes e ordenadora de cuidado, ela não existe. Porque, quando você ordena o cuidado, você tem que estar bem focado no princípio da universalidade e na questão do acesso, mas, quando o governo traz uma proposta que focaliza o atendimento, é o que tem acontecido, eu vou criar ações para determinadas populações que o governo entende como vulnerável ou não. Então, a gente aí tem hoje uma atenção primária fragilizada, que em nada corresponde ao que está disposto aí nas leis orgânicas do SUS. (TRABALHADOR 4).

Quando eu vou olhar a legislação, desde a 8080, a Lei Orgânica, passando por conceitos da própria Constituição Federal, que tá acima de qualquer coisa por ser a Carta Magna, ela tem um papel de protagonista. Porém, quando nós vamos olhar pra prática, esse protagonismo fica ofuscado pela assistência e não como deveria ser, pela promoção e pela prevenção. A média e alta complexidade e assistência farmacêutica acabam tomando o papel de protagonistas justamente por essa falta de protagonismo da atenção básica. Então, se inverteu. (GESTOR 3).

A atenção mais complexa se dá a nível da atenção básica, até pelo nível inclusive de potencial de resolutividade que teria se tudo fosse acolhido na atenção básica como deveria. Então, no nível de idealidade, eu gostaria que ele fosse ordenadora e coordenadora desse cuidado, mas eu vejo que na prática isso não acontece. (TRABALHADOR 3).

Temos que analisar a posição da AB dentro do SUS sob a ótica do financiamento público em saúde. Boa parte do financiamento ainda vai para a atenção hospitalar. (TRABALHADOR 1).

Dessa forma, a atenção básica vive, na saúde brasileira, uma contradição: por um lado, é considerada a base do sistema; mas, por outro, não consegue cumprir seus atributos, por disputas políticas e ideológicas.

6.2 OS MODELOS EM DISPUTA NA ATENÇÃO BÁSICA BRASILEIRA

Para analisarmos os modelos de atenção à saúde em disputa na atenção básica no Brasil no período de 2016 a 2020, consideramos a categoria de análise modelos em disputa, em que foram elencados os seguintes discursos representativos de acordo com as falas dos participantes: variedade de modelos e seus impactos; internacionalização do modelo de AB.

No âmbito da atenção básica no Brasil, em consonância com a variedade de modelos presentes até hoje, como apontado por um dos entrevistados, o Brasil e o mundo convivem com diferentes modelos de atenção à saúde, que variam conforme posição política, ideológica e sanitária.

Primeiro: atenção primária seletiva, que é o que o Banco Mundial, FMI, as agências internacionais apresentam como proposta de atenção primária, uma que seria de baixa qualificação, com profissionais que não sejam próprios da atenção primária, que tenham uma perspectiva da compreensão dessa necessidade de trabalhar a vigilância em saúde etc., para a população pobre ou para grupos populacionais mais vulneráveis. Segundo: a atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde, que é uma atenção primária altamente resolutive, com profissionais qualificados para estarem atuando nessa atenção primária, mas é restrito à atenção primária, ela não consegue articular ações de atenção secundária e terciária; é limitada também. Terceira tipologia: atenção primária como reordenadora do sistema, totalmente articulada e demandadora do que é necessário de estruturação para os outros níveis de atenção. (MOVIMENTO SOCIAL).

Existem três modelos: culto ao privatista; o modelo da reforma sanitária que insere a questão da implementação do SUS a mudanças estruturais na sociedade; e da reforma sanitária flexibilizada, que é o pessoal que tenta se adequar a essa questão estrutural sem questioná-la. Um funcionamento muito superficial, que não tem reflexão sobre a mudança da implementação da atenção primária. (MOVIMENTO SOCIAL).

Sobre os modelos citados, e ampliando-os, a literatura aponta que no Brasil, a partir do século XX, podem ser identificados quatro modelos de atenção que se inter cruzam e coexistem: o sanitário campanhista; o clínico liberal ou médico assistencial privatista; a medicina comunitária; e o reformista. O primeiro modelo, de caráter autoritário e higienista sobre os corpos individual e social, influenciado por interesses do agronegócio, em especial a exportação cafeeira, baseou-se em

campanhas para erradicação ou controle das doenças que poderiam afetar a exportação. Esse formato de verticalização deixou até hoje profundas raízes na cultura institucional do SUS, retratadas por meio de programas definidos e ações no formato campanha comumente realizados em diversos municípios (MALTA; SANTOS, 2003; MATTA; MOROSINI, 2009).

O segundo modelo teve início no Brasil com o surgimento da assistência médica previdenciária, na década de 1920, sob a influência da medicina liberal, com o objetivo de prestar assistência médico-hospitalar a trabalhadores urbanos e industriais visando manter saudável o corpo individual para a produção. A partir de 1940, houve sua expansão, dando início à compra de serviços privados. Conhecido como hospitalocêntrico, já que, a partir de então, a rede hospitalar começou a ser fortemente investida e a assistência à saúde passou a ser sinônimo de hospital. Com a criação do Inamps, na década de 1970, houve um impulso ainda maior, uma vez que o setor público passou a financiar e sustentar o modelo. Desta forma, no modelo médico assistencial privatista, o Estado financia, o setor privado presta o serviço e o setor privado internacional fornece equipamentos biomédicos (MATTA; MOROSINI, 2009; MALTA; SANTOS, 2003).

A medicina comunitária, iniciada nos EUA nos anos 1960, surgiu em torno das questões da guerra do Vietnã, do racismo e dos direitos humanos. Na América Latina, programas de saúde comunitária foram implantados na mesma década, principalmente na Colômbia, no Brasil e no Chile, financiados por agências norte-americanas. No Brasil, a medicina comunitária encontrou nos departamentos de medicina preventiva possibilidade de ampliação e nova roupagem para o cenário brasileiro, resultando em propostas de intervenção que se materializaram em algumas experiências de atenção básica. No entanto, apesar de apresentar características que iam de encontro aos modelos até então adotados – como a preocupação com a saúde dos grupos populacionais, as ações preventivas e curativas, extensão de cobertura, inclusão de práticas médicas alternativas, participação da comunidade –, esse modelo não conseguiu romper com as bases epistemológicas e operacionais do modelo médico hegemônico (biomédico) (MALTA; SANTOS, 2003).

Desde fins dos anos 1970, surgiu o modelo reformista, em decorrência da insatisfação de uma grande parcela da população pela assistência prestada, com o início do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Esse movimento veio mudar a noção até então adotada do modelo de atenção à saúde, propondo a concepção

ampliada da saúde: saúde seria resultante de uma série de fatores sociais, econômicos e sanitários (MALTA; SANTOS, 2003). A partir dessa concepção, visou-se organizar o sistema de saúde por meio de políticas e ações de saúde que rompessem com os modelos anteriormente abissais.

Sobre os modelos de APS internacionais, Giovanella (2021) alega que, na experiência internacional, são observadas diferentes concepções de APS e suas implementações estão condicionadas ao modelo de proteção social à saúde em cada país, por isso estão sempre em tensão. Essa imprecisão conceitual permite que a APS seja utilizada com propósitos muito distintos de acordo com o interesse de quem a usa. De maneira geral, podem-se identificar três principais interpretações que ampliam ou reduzem as possibilidades da atenção primária à saúde: 1) compreendida como estratégia de reordenamento do setor da saúde e como modelo assistencial prioritário, como base fundamental do sistema de saúde; 2) como estratégia de organizar e operacionalizar a porta de entrada do sistema, mas sem ser necessariamente ordenadora da rede de saúde, possuindo um caráter simplório; 3) concebida como programa focalizado e seletivo, destinado a populações e regiões pobres, com cesta restrita de serviços, baixa densidade tecnológica e baixos custos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

O que essas variedades de objetivos indicam, tanto nacional como internacionalmente, é que esse debate esteve e está em disputa, dentre diversas razões, por envolver considerações a respeito da saúde como direito, do tipo de cuidado à saúde e da organização dos serviços: se voltados para um modelo médico-assistencial ou se correlacionados com as determinações sociais – e, sobretudo, a quem interessa cada tipo. A diferenciação de modelos repercute no formato da equipe.

No Brasil, apesar de a ESF ser considerada a forma prioritária de atenção à saúde na AB e no SUS, e de a sua expansão ter o alcance de 60,39% de cobertura em agosto de 2020, modelos considerados menos resolutivos e com caráter menos territorial, como as unidades básica tradicionais, ainda fazem parte da rede de serviços. Como aponta um participante, a variedade de equipes de saúde/modelos na AB enfraquece esse nível de atenção, pois fragmenta-o, além de promover uma desigualdade no cuidado, pois a atenção prestada por uma ESF com equipe multiprofissional provavelmente será mais resolutiva que o cuidado oferecido por um PACS, por exemplo. Desta forma, pode-se falar de uma espécie de (in)justiça sanitária

(NUNES, 2009), pela violação da igualdade de acesso e, conseqüentemente, do direito à saúde de maneira universal.

Nesse sétimo ciclo do PSF, a gente tinha e ainda tem vários modelos de atenção primária. O modelo tradicional, que são as consultas de enfermagem, consultas médicas, centradas nesses dois profissionais; tem aquele modelo que tem o clínico geral e pediatra, a medicina de família e comunidade, que é centrada no médico especialista nessa especialidade; a ESF, que tem a equipe mínima, de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário, odontólogo, e tem muitos municípios que vão além da equipe mínima; e também temos modelos mistos que funcionam em uma mesma unidade. Então, essa é a situação que a gente ainda tem pelo País afora. E isso, esses vários modelos trazem muita fragilidade para a atenção primária. (GESTOR 5).

De forma ainda mais restritiva e acentuando essa injustiça sanitária, citamos a criação da equipe de atenção primária, já previamente mencionada na PNAB 2017. Como aponta o próprio MS, essas equipes têm composição diferente (mais reduzida) das equipes de saúde da família. Apesar de a representação da SAPS mencionar a não possibilidade de substituição de uma eSF por uma eAP,

As equipes de atenção primária têm uma composição em termos de carga horária um pouquinho diferente, elas também não têm o agente comunitário de saúde, só que elas também têm um limite de implantação. Então, nenhum gestor pode substituir equipe de saúde da família lá com agente comunitário de saúde para essa equipe de atenção primária. (GESTOR 4).

A existência de um financiamento específico e a facilidade de implantação do segundo formato de equipe suscitaram uma série de críticas pelos outros sujeitos da pesquisa, com alegação principal da perda do fator multiprofissional.

Qualquer equipe de atenção primária, seja saúde da família ou, agora, são chamadas equipes de atenção primária, receberá um incentivo financeiro equivalente, bastando para tal constar em sua composição um médico, enfermeiro, com carga horária diversificada, o que permite dizer que está se considerando que os dois modelos são equivalentes. Distingue-se, na prática, a prioridade à saúde da família. (INTELLECTUAL ORGÂNICA).

O novo modelo de equipe de atenção primária é basicamente médico e auxiliar de enfermagem. Isso não é nem o básico do básico, isso nem equipe é, isso é uma dupla, equipe é pelo menos mais de três, o que eu conheço. É muito ruim esse tipo de modelo. Não é saúde da família. (USUÁRIO 1).

A gente tinha conseguido conquistar equipes de saúde que fossem mais ou menos multiprofissionais, que atendessem de uma maneira mais integral a pessoa, pelos vários tipos de profissionais que eram constituídas as equipes, e essas equipes estão sendo gradualmente extintas. A portaria 3.222 fala exatamente isso: que, se você não entrar nos critérios “novos” para as

equipes cumprirem 40 horas semanais (todos os tipos de equipe: saúde bucal, os eAP e ESF), simplesmente tudo vai virar eAP: equipes de atenção primária. Como eles querem, com a base que é médico e auxiliar de enfermagem. Então, é uma mudança bem radical. (USUÁRIO 2).

Não se faz atendimento multiprofissional, não se cuida das pessoas com a complexidade que é o ser humano apenas com médico, com enfermeiro ou com dentista. (CNS 4).

[...] A própria ideia da equipe multiprofissional da saúde da família deixou de ser incentivada e, em médio prazo, pode deixar de existir. (INTELECTUAL ORGÂNICA).

[...] o que tá posto, na verdade, é uma centralização, um reforço dessa concepção biomédica, da figura do médico. A gente vê, por exemplo, o fim das equipes multiprofissionais, a centralidade em três profissões, uma equipe mínima de atenção primária... e isso, inclusive, referendado por Conass e Conasems. (CNS 1).

Quando você cria uma estratégia, uma equipe paralela, que eles chamam de equipe de atenção básica, que o governo já muda para equipe de atenção primária, e das mesmas atribuições só que com equipe com menos profissional, você praticamente não tem diferença de financiamento, você fragiliza. (TRABALHADOR 4).

Corroborando tais críticas, Morosini, Fonseca e Baptista (2020) afirmam que esse novo formato de equipe contribui para enfatizar o enfoque biomédico e enfraquecer a perspectiva territorial na AB. Para a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (2019b), um aspecto extremamente grave é a flexibilização da presença do ACS, pois a ausência desse profissional enfraquece um dos pilares básicos da AB: o vínculo com a família e com o território. Fonseca e Morosini (2021) acrescentam, ainda, que a presença desse profissional no território torna-o um importante vocalizador das demandas da população, portanto sua retirada do território tende a silenciar as vozes que demandam, naturalizando as faltas.

Nesse sentido, não existe atenção básica sem a presença do ACS como parte da equipe, em adequação de quantidade e condições de trabalho, o que implica dizer que não existe AB sem centralidade nas famílias e no território, como aponta a seguinte fala: “O componente essencial na ESF é a presença do agente comunitário e, quando você desregulamenta a presença do agente comunitário de saúde, para ficar por decisão da gestão, você acaba fragilizando a estratégia.” (TRABALHADOR 4).

Outas medidas mencionadas que refletem o modelo de atenção implantado na AB desde 2016 foram a PNAB 2017, o Programa Saúde na Hora e a CaSAPS. A PNAB, de maneira majoritária, foi considerada pelos participantes como prenúncio

importante do processo de desestruturação da atenção básica, apesar de uma representação ter considerado um avanço ao debate:

A PNAB de 2017, nós entendemos que ela avançou porque deu, pelo menos, a oportunidade de gestores municipais poderem pontuar as dificuldades [...] por mais que nós tenhamos muitas críticas, tanto na PNAB 2017 quanto nessa discussão que tá ocorrendo, ninguém pode negar que a atenção básica entrou na pauta. (GESTOR 3).

Então, de 2016 para cá, o que a gente tem visto é o desmonte, porque você tem aí a PNAB 2017 na sequência. A gestação da questão da PNAB 2017, ela começa no final de 2016, após o *impeachment* da presidenta, o golpe, aí começa-se como se alguns projetos que estavam engavetados se desenvolvessem muito rapidamente. (TRABALHADOR 4).

A mudança da política em 2017, que tira o agente comunitário de saúde, já dá sinalização clara de despriorização de território, então a atenção básica, que era prioritariamente de base comunitária e territorial, isso já vem sinalizar que eles querem destruir, inclusive usando algumas narrativas que são perigosas porque são de fácil assimilação pela população, porque são coisas que as pessoas acham que anseiam porque tem o acesso precário, então eles dizem: “aí a gente vai facilitar a vida de você porque não precisa do agente comunitário e vai poder ser atendido em uma unidade básica perto no seu trabalho”, ou seja, desconstrói aquilo que é a lógica da própria atenção básica. (TRABALHADOR 3).

A PNAB não é nem um exemplo, é uma ratificação de tudo isso. Você pegar uma política e trabalhar ela da forma que foi colocada essa nova PNAB é você dizer muito claramente que você não tem intenção de valorizar mesmo a promoção e a prevenção e passar a valorizar o cuidado à doença. (TRABALHADOR 5).

Sobre o Programa Saúde na Hora, apesar de uma das falas destacar o fato do horário estendido poder atender as necessidades daquelas que trabalham no mesmo horário de funcionamento das unidades de saúde, foram elencados como principais pontos negativos a centralidade na agenda espontânea, o risco de transformar as unidades de saúde em serviços puramente ambulatoriais e a mudança no processo de trabalho da equipe. Já sobre a Carteira de Serviços, para alguns participantes, a ferramenta aparece com a afirmação de uma oferta mínima de serviços e com o escopo de atuação centrado no cuidado individual prescindindo o coletivo.

Eles ainda criaram acho que um programa que fala sobre horas, horas a mais, é um programa que basicamente vai estimular o plantão: o médico, para poder dar conta dessa agenda estendida da sua unidade de atenção primária, ele vai dar plantão. Não é aquela demanda necessariamente marcada, com um horário que atenda a população no que ela quer. Apesar que o horário pode ser bom para o trabalhador e trabalhadora [...] (USUÁRIO 2).

O outro programa lançado foi esse programa do Saúde Na Hora, que de fato centra-se no pronto atendimento, tudo ao contrário do modelo que nós vimos aqui muito bem apresentado... esses incentivos apontam para transformação das unidades da saúde da família nos municípios de médio e grande porte em unidades de pronto atendimento, flexibilizando jornadas e carga horária, desconstruindo as equipes e os vínculos com a população. Então tem uma prioridade para o cuidado da demanda espontânea. (INTELECTUAL ORGÂNICA).

Hoje há uma supervalorização dessas equipes de atenção primária, inclusive com flexibilização de carga horária, que é um pleito antigo dos trabalhadores [...] muitos trabalhadores que ainda não se perceberam da conjuntura política em torno disso acham que pode ser um ganho essa flexibilização, quando na verdade eles têm as condições mais precárias de trabalho, o quantitativo de população que eles vão atender é maior; sem a condição adequada, eles entram em um processo de adoecimento com os mesmos salários. (TRABALHADOR 4).

A carteira, ela expressa o modelo de atenção primária que você quer implementar. Nós temos uma estruturação melhor, mas o modelo expressado na carteira é de primeiro nível, com ênfase no cuidado individual, centrando-se nos atributos essenciais de atenção primária. (INTELECTUAL ORGÂNICA).

A Carteira de Serviços eu acho boa ideia, eu acho que tem que ter uma carteira mínima de serviços, "ah mas o gestor vai se agarrar ali, só vai oferecer o mínimo"... bom, aí vai ser um problema dele porque ele vai ter uma rede menos resolutiva se ele oferecer o mínimo, mas no estado em que a atenção primária brasileira tá hoje, se ela oferecer o mínimo que tá posto na carteira, já tá ótimo. (TRABALHADOR 2).

Se você olha quantas vezes aparece a referência a agentes comunitários de saúde na carteira, só tem uma vez, uma referência a agentes comunitários de saúde, quando diz que deve fazer busca ativa de puérperas, mas mesmo naquela versão gestor. E tem uma outra questão, e essa fundamental: pouco se relaciona com a atuação dos estados. (INTELECTUAL ORGÂNICA).

Acerca da CaSAPS, as falas corroboram Morosini, Fonseca e Baptista (2020), que, ao analisarem a versão final da ferramenta a partir de quatro aspectos-chave – territorialização, multidisciplinaridade, trabalho comunitário e integralidade do cuidado –, observaram que a territorialização é referida apenas como uma técnica para o levantamento de informações, preterindo os fatores de determinação sociais e a intersetorialidade, reforçando a perspectiva biomédica de compreensão do processo saúde/doença e de organização da atenção. Sobre a multidisciplinaridade, a CaSAPS não faz referência a essa forma de organização do trabalho, aparecendo apenas de modo indiferenciado e predominantemente associado a condições específicas, ou seja, em uma perspectiva exclusivamente clínica. O trabalho comunitário é quase apagado junto ao ACS (mencionado apenas uma vez no documento), reforçando a desconstrução da equipe de saúde da família, a lógica do trabalho comunitário e a

territorialização. Esse arcabouço de ações que limitam a clínica para o caráter individual tem como consequência uma assistência pouco integral.

Referente ao Saúde na Hora, o então secretário de atenção primária alegava que o programa “propicia o acesso à APS para pessoas que antes só conseguiam atendimento nas unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares pela incompatibilidade de sua rotina com os horários das unidades de saúde da família” (HARZHEIM, 2020a, p. 1190). De fato, garantir acesso às unidades de saúde para todos tem sido uma lacuna na AB, pois todos os formatos de equipe até então funcionavam exclusivamente em horário laboral. No entanto, a questão central de crítica ao programa referida na literatura, e pelos participantes, é a maneira como o processo de trabalho das equipes foi reestruturado. Em análise realizada pelo Observatório de Análise Política em Saúde, Barros (2019) questiona a possível fragmentação do cuidado tendo em conta que possivelmente esses profissionais não irão estar juntos como equipe para discutir, por exemplo, planos terapêuticos e questões referentes ao território.

Para alguns dos sujeitos desta pesquisa, essas e outras “reformas na APS do Brasil” reforçaram um modelo de atenção básica individual, biomédico, seletivo e mercantilizado:

A fala do representante do ministério foi o seguinte: "Nós queremos um SUS clínico", então é uma atenção primária centrada na figura do médico, atenção primária em saúde centrada numa certa clínica, que não é uma clínica ampliada. (GESTOR 1).

A atenção básica, toda a discussão que ela tem é uma desqualificação, uma desconstrução da atenção primária. Entendendo que essa desconstrução é da perspectiva da atenção primária enquanto reordenadora do sistema e construção da perspectiva de atenção primária seletiva. (MOVIMENTO SOCIAL).

Há uma sinergia dessas políticas e desses riscos, que eu queria assinalar que são os riscos pra uma atenção primária que se torna focalizada, seletiva e mercantilizada, cristalizando, aumentando as desigualdades sociais. (INTELECTUAL ORGÂNICA).

Tem uma disputa clara aí de modelo de atenção porque, quanto mais você olha para pessoas como números, mais que fica dentro da lógica privatista de se fazer saúde, que a saúde vira bem, vira mercadoria. (TRABALHADOR 3).

Já outros defenderam:

O fato de individualizar não extingue a responsabilidade de ter o cuidado familiar e ter o caráter familiar. O que nós estamos fazendo aqui é induzindo não mais processos, mas sim resultados. Nós reconhecemos o tanto que nós avançamos na atenção básica, porém ainda é insuficiente. (CNS 7).

E o modelo de atenção à saúde que é centrado na doença, que é centrado nas condições agudas, que a gente precisa organizar também, porque ninguém prevê quando vai ficar doente, nem que horas... mas a nossa situação hoje requer que modifiquemos o modelo de atenção à saúde, que é hegemônico ainda no País. (GESTOR 5).

Espaço de assistência é espaço de assistência, com contribuição do planejamento, com contribuição da vigilância, com contribuição de tudo isso. Você tem aqui e agora um monte de grupo programado, que não traz resultado nenhum. O grupo serve para o cara se livrar de demanda. Isso é serviço porco, isso é serviço de baixa qualidade. Essas pessoas vão internar por AVC, por infarto do mesmo jeito, entendeu? Porque você não tá promovendo a mudança de fato. (TRABALHADOR 2).

Acho que o desafio atual é entender qual a população que realmente tá sendo assistida, não em detrimento da outra, porque todos têm acesso, é um sistema universal, mas a gente primeiro precisa entender do que a gente tá falando, por mais que a gente tenha 30 anos, e tente levar um pouco mais de equidade, até porque a gente não tem recursos suficientes imediatos para todos. Então a gente tem que focar num estrato de população que é mais suscetível a vulnerabilidades e acometida por comorbidades. (GESTOR 3).

O fato é que, como vimos até aqui, entre 2016 e 2020, o modelo de atenção básica no Brasil passou por mudanças estruturais de caráter epistemológico, político e ideológico, baseando-se de forma predominante na perspectiva de saúde realizada em alguns países europeus e na visão norte-americana, como se observa em algumas falas:

No financiamento a gente olhou uma série de experiência de vários países, e aí a gente tem referência de países que fazem parte da OCDE, a gente tem referência no NHS que é o principal caso de referência para organização, para estruturação do "Previne Brasil". Eu acho que é uma correspondência bem clara que a gente faz em diversos momentos e a gente em outras estratégias também. A gente vai recorrendo a modelos que dão certo, fazendo, claro, as devidas adaptações. (GESTOR 4).

O "Médicos pelo Brasil", ele usou um estudo de tipologias de definição, classificação de municípios em relação à ruralidade, em relação ao isolamento delas, que é a classificação do IBGE lá de 2017, que usa uma classificação também de países da OCDE. (GESTOR 4).

[...] Teve uma fala anterior ao ministério muito ruim de um dos dirigentes do sistema de atenção primária em saúde: "agora vamos esquecer a reforma sanitária, os ideais da reforma sanitária", ele cita nominalmente até o Gastão, tem que esquecer o Gastão Wagner [...] "agora nós somos Barbara Starfield", que é uma canadense, pediatra canadense, radicada nos Estados Unidos, que coordenou todo o relatório da Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde. (GESTOR 1).

Quando chega no Brasil a proposta da política de atenção básica, ela vem com influência europeia, com a declaração de Alma-Ata, mas quando ela começa a se desenvolver no Brasil que vem essa perspectiva da influência da iniciativa privada de pensar em SUS pobre para gente pobre, aí vem mais na perspectiva do olhar americano, que pouca gente tem direito, que universalidade é impossível, que nem todo mundo pode ter acesso a saúde, tem que ser cobertura... e aí o Banco Mundial, a Fundação Rockefeller, enfim, as outras influências que tem norte-americanas nesse sentido, elas vêm nessa perspectiva para destrambelhar a atenção básica. (TRABALHADOR 3).

A APS é recheada no atual Governo por um certo discurso das evidências científicas da atenção primária em saúde do mundo, que, pelo próprio volume de produção acadêmica, pela própria ocupação de espaço nas revistas principais de medicina e da saúde que são basicamente em inglês, são anglo-saxônicas e pelo histórico do sistema nacional público inglês. (GESTOR 1).

Cabe saber que modelos são esses que estão servindo de base para a reestruturação da AB e como se dá está correlação. Como citado várias vezes, as agências norte-americanas são decisivas nessa reformulação, todavia nos EUA não há um modelo de saúde universal, para toda a população; o sistema opera por meio de seis programas (três públicos, dois mistos e um privado): os sistemas públicos são o *Medicaid*, o *Medicare* e o *Veterans Affairs* – esse último tem sua cobertura voltada apenas para os militares aposentados, já os dois primeiros foram criados em meados de 1960 e suas finalidades são amparar a saúde das pessoas idosas, no caso do *Medicare*, e proteger a saúde das pessoas que possuem baixa renda, no caso do *Medicaid*. O sistema de saúde privado é garantido por operadoras de planos de saúde, conhecidas como *Health Maintenance Organization*, por meio de despesas próprias diretas (não seguradas) e por doações (filantropia), considerado o mais caro do mundo (PINTO; GARCIA; GONÇALVES, 2020). Por fim, o sistema misto constitui o formato predominante do *Managed Health Care*, sendo um *mix* de seguradoras e prestadoras de serviços de saúde, por meio de uma rede de unidades ambulatoriais e hospitalares por elas credenciada (NORONHA; UGÁ, 1995). Desta forma, o Estado não assume a responsabilidade de garantir a proteção à saúde da população, limitando-se a proteger os grupos sociais mais vulneráveis. O papel do paciente assume característica de cliente no mercado de saúde determinado pelo jogo da oferta e demanda. A saúde é considerada uma responsabilidade individual (SERAPIONI; TESSER, 2019).

Já os sistemas de saúde europeus, importantes referências brasileiras desde a criação do SUS, mencionados pelo ministro da saúde e pela representação da SAPS como norte a seguir nas últimas reformas, variam conforme o País. Os sistemas de saúde podem ser agrupados em dois modelos de proteção principais: o bismarckiano,

com base em seguros sociais de saúde obrigatórios (*Social Health Insurance*), de cobertura universal e financiado por empregadores e empregados, por intermédio de fundos de seguros sem fins lucrativos, com prestações de cuidado que podem ser públicas ou privadas – presente na Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Holanda, Suíça; e o modelo beveridgiano de serviços nacionais de saúde (*National Health Service*), gerido pelo Estado e financiado com recursos fiscais, mas que prevê a coparticipação do usuário por participação financeira direta no ato da utilização, desembolsada na forma de taxa, da qual, em geral, grupos vulneráveis estão isentos (baixa renda, crianças, gestantes, pacientes crônicos) – sistema presentes no Reino Unido, Suécia, Noruega, Dinamarca, Finlândia, Islândia, Nova Zelândia, e, a partir do final dos anos 1970, na Itália, Portugal, Espanha, Grécia) (GIOVANELLA, 2006; SERAPIONI; TESSER, 2019).

Quanto às características clínico-assistenciais, nos países europeus, de maneira geral, a ênfase do primeiro nível de assistência está na clínica e nos cuidados individuais, sejam preventivos ou curativos. Desta forma, a principal atuação da APS é como serviços ambulatoriais de primeiro contato. Em geral, há um fraco enfoque comunitário, poucas ações intersetoriais e a participação social é pouco desenvolvida (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014).

Condizente com essa atuação, o ator principal da atenção primária é o generalista, acrescido na equipe funcional o profissional de enfermagem e um administrativo. Em cada centro de saúde, atuam diversas equipes funcionais que cobrem o horário de funcionamento de 12 horas diárias. O generalista exerce a função de “*gatekeeper*” e isso implica a obrigatoriedade de inscrição dos pacientes em um consultório de generalista ou serviço primário de saúde. A inscrição nos serviços é realizada por iniciativa do indivíduo, conforme sua escolha geográfica, com possibilidade de troca de profissional (GIOVANELLA, 2006).

Os generalistas, quanto à sua forma de vinculação, podem ser profissionais autônomos ou assalariados. Quanto aos autônomos, o sistema de pagamento tem por base a capitação, que varia conforme a idade do usuário, e é complementado por pagamentos adicionais referentes à realização de determinados serviços. Em algumas situações, esses profissionais são remunerados para cada procedimento a partir de um valor atribuído (pagamento por procedimento) (GIOVANELLA, 2006). No Reino Unido, desde 2004, com o *Alternative Provider Medical Service Contract*, abriu-

se a possibilidade de contratação de empresas prestadoras privadas para prestação de serviços de generalistas (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014).

O que esse panorama apresenta é que praticamente todas as medidas adotadas na AB brasileira foram para, de alguma forma, reproduzir alguns dos sistemas de saúde e os modelos assistenciais europeus e norte-americanos. Por exemplo, o Previn Brasil trata da mudança do financiamento para capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas, tal qual os profissionais autônomos do modelo bismarckiano. A adoção da eAP reduz o atual escopo de profissionais para apenas dois ou três, sem o ACS, de acordo com o formato das equipes funcionais dos centros de saúde europeus. A proposta do Plano Popular de Saúde corresponde ao modelo liberal, individual, privado e competitivo estadunidense. A contratação de profissionais por meio de uma agência, a Adaps, tem sentido semelhante ao que ocorre no Reino Unido. O Saúde na Hora, com extensão do horário e mudança no processo de trabalho, se aproxima da carga horária exercida nos países europeus. A Carteira de Serviços limita as atividades majoritariamente ao âmbito individual, em consonância com o modelo de atendimento ambulatorial e individual predominante na Europa, com pouco caráter comunitário.

Outro aspecto que também revela a tendência é a mudança oficial da nomenclatura de “atenção básica à saúde” para “atenção primária à saúde”, com a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, que suscita opiniões divergentes entre os participantes:

Criar a Secretaria de Atenção Primária foi importante, dar mais evidência ou não. Acho que pode dar mais evidência, mas desloca a atenção primária do conjunto da Secretaria de Atenção à Saúde, da gestão da rede. Nesse sentido, eu acho que enfraquece a atenção primária em saúde, que descola dela o papel de coordenação do conjunto da rede. (GESTOR 1).

Uma vantagem que eu vejo, que eu percebo, é o Ministério hoje criar uma secretaria para tomar conta da atenção primária, porque até a atenção primária era um departamento ali, que você queria uma resposta e você não tinha, você não sabia a quem você ia se direcionar, e hoje a gente tem a secretaria, pelo menos isso, um referencial. Um gestor ou uma entidade que queira uma resposta em relação à atenção primária vai saber a quem se dirigir. (TRABALHADOR 5).

Justificada a sua criação como forma de priorização política nunca existente na atenção básica (HARZHEIM, 2020b), o que mais revela é a demarcação de questões ideológicas, uma vez que retoma a nomenclatura internacional desconsiderando o

processo de luta em torno da diferenciação que buscou o MRSB no sentido de romper com o modelo hegemônico estabelecido no fim dos anos 1980 de uma atenção primária seletiva e focalizada. Com isso, a mudança do termo “atenção básica”, que faz parte da construção da história da saúde pública brasileira, causou um certo desconforto e até associação direta com a literatura e modelo de atenção à saúde internacional.

Agora não querem nem se referir como “atenção básica”, e sim como “atenção primária à saúde”, APS, que era um termo que até pouco tempo não se utilizava muito no Brasil. (TRABALHADOR 1).

Eu sempre uso “atenção básica” pela construção. Mas, mudando a nomenclatura, a gente também tem que se adequar. (TRABALHADOR 5).

Acho que o nome “atenção primária”, eu não era muito simpático a esse nome. “Primária” ... como se fosse coisa de segunda classe, primária é aquela coisa de primitiva. (IDEALIZADOR 1).

Eu usei sempre “atenção básica”, porque era o nome que a gente usava no Brasil. Os médicos que leem a americana chamam atenção primária. E a secretaria hoje é de atenção primária. (IDEALIZADOR 1).

Desde os primórdios da Alma-Ata ela é desenhada com uma atenção primária à saúde, só quando chega aqui no Brasil, por conta dos interesses, principalmente da estrutura societária que a gente tem, das interferências do capitalismo, das grandes desigualdades sociais que a gente tem no campo do Brasil, das interferências internacionais, inclusive eu acho que é esse o grande campo de disputa, acaba que para o Brasil a “atenção primária à saúde” representa muito mais a focalização e a seletividade do cuidado do que o termo “atenção básica”. (TRABALHADOR 3).

Então existe esse campo de disputa, eu gostaria de entender as duas como sinônimos, como o Ministério da Saúde insiste em dizer que são. Se você assistir, por exemplo, quando teve o debate no Conselho Nacional de Saúde, a Secretária Adjunta da SAPS, ela fez questão de pontuar que, para o Ministério da Saúde, elas são sinônimas, só que não, porque uma coisa é você dizer que conceitualmente são sinônimas, que deveriam ser, inclusive eu concordo que deveriam ser... mas na prática, quando você fala da “atenção primária à saúde” é quando você tá se aliando à perspectiva do Banco Mundial, da Cobertura Universal em detrimento do acesso, que é aquilo que a gente, militante da saúde coletiva, defende, de uma focalização da saúde e seletividade. (TRABALHADOR 3).

Devido a essa série de evidências, não seria precipitado dizer que a tendência e o desejo desde 2016 eram internacionalizar a atenção básica no Brasil, para cumprir, sobretudo, com o objetivo da universalização da saúde a partir da CUS e da sua privatização, como afirmam Ocké-Reis e Sophia (2009, p. 76 *apud* MARMOR; BOYUM, 1994):

[...] quanto mais americanizado o sistema, mais exacerbada sua segmentação e privatização, colocando em xeque a aspiração de universalismo e, adiciona-se, no caso brasileiro, a possibilidade de se reduzirem os níveis de pobreza e desigualdade por meio das políticas de saúde.

Alguns participantes criticam e desconfiam:

Um modelo de saúde europeu, seja para atenção básica ou outro nível de assistência, copiado para o Brasil, não daria certo. Eu creio que o SUS é o sistema de saúde mais adequado para a realidade brasileira. (TRABALHADOR 1).

[...] e agora o modelo deles (MS), baseado em experiências internacionais que não são de países com um mínimo de similaridade com o Brasil, aqui vai dá certo? (USUÁRIO 1).

A atenção primária nos sistemas universais de saúde europeus carece do trabalho em equipe e de abordagem comunitária, recém iniciou com a abordagem multiprofissional. (INTELECTUAL ORGÂNICA).

O modelo que o Brasil seguiu para medicina a partir de 1945 foi o modelo americano, o da residência, do grande hospital, da especialização. (MOVIMENTO SOCIAL).

[...] Então eu acho que não é possível a gente trazer experiências internacionais para dentro das experiências brasileiras, acho que a gente tem que partir agora para buscar uma atenção básica brasileira para poder atender de fato a demanda da população, porque enquanto a gente se espelhar em experiências lá fora, a gente sempre vai trazer questões equivocadas e inadequadas para a realidade brasileira, que é o que tá fortemente acontecendo nesse momento. (TRABALHADOR 3).

A partir das correlações existentes entre as contrarreformas na AB brasileira e as falas dos participantes, pode-se dizer que o Estado tem recriado a saúde brasileira, de acordo com Ribeiro (2006), por um cosmopolitismo provinciano, uma vez que, mesmo com as devidas adaptações, as mudanças na política da AB partem dos cenários internacionais. Esse provincianismo, por sua vez, surge em decorrência da histórica posição de colônia em que o Brasil foi posicionado, em que o universalismo europeu, “conjunto de doutrinas e pontos de vista éticos que derivam do contexto europeu e ambicionam ser valores universais globais” (WALLERSTEIN, 2007, p. 60), serve como ponto de partida e de chegada para as políticas brasileiras, dentre elas a da saúde. As consequências políticas e sociais advindas dessa “verdade universal” eurocentrada, tanto nos discursos oficiais como no cotidiano, colonizam ideias, sujeitos e seus processos de representação e autoidentificação (BERBERT, 2018).

Devido a isso, direcionaríamos as mudanças para uma eurocentração desse nível de atenção, ou seja, a ideia de que o modo de ser, saber e viver europeus são os que devem ser valorizados e servir de inspiração; ou, ainda, segundo Lander (2000, p. 12), “o eurocentrismo pode ser apresentado, sinteticamente, como a naturalização da sociedade liberal europeia como a única possível ou desejável”. Consequências são a não valorização da construção brasileira da AB e a importação de soluções a partir de problemas que não condizem com nossa realidade sanitária, econômica, de trabalho, etc.

Outro fator que também está associado a essa eurocentração é a própria construção da saúde coletiva, pois seus alicerces intelectuais e políticos entre meados dos anos 1970 e o início dos anos 1980, mesmo com críticas à biomedicina e sua relação com o capitalismo, sofreram forte influência estruturalista e das ciências sociais com base eurocêntrica. A consequência foi o fraco questionamento sobre o papel colonial e racista da medicina científica e da ciência moderna em geral (PORTO; MARTINS, 2019).

Pode-se dizer que a colonização, como projeto político e ideológico, conformou e conforma nossas estruturas estatal e social, ambas permanecendo ainda subordinadas à lógica de pensar estrangeira. Esse processo resultou na construção de sistemas de saúde e de proteção social oriundos da combinação de “processos históricos, econômicos, políticos e sociais que estão ocorrendo nesta evolução capitalista e eurocêntrica especialmente do Norte global” (BASILE, 2021, p. 22, tradução nossa).

Sobre os modelos de proteção social (assistência social, seguro social e seguridade social) que embasam os sistemas de saúde, inclusive o brasileiro, Basile (2021) propõe que analisá-los brevemente é essencial para entendermos os diferentes momentos históricos e as finalidades para as quais foram pensados, ou seja, considera, de maneira geral, que foram desenvolvidos para responder o capitalismo central. Também, no caso da América Latina e do Caribe, para percebermos sua adoção e reprodução como teoria universalizadora. De acordo com Mesa-Lago (2004), a importação desses postulados eurocêntricos foram convertidos e subsidiaram a construção, nas regiões, do universalismo estratificado; de modelos duais; e de modelos excludentes. Dito de outro modo, serviram aos países da América Latina e Caribe como potencializadores do capitalismo periférico (BASILE, 2021).

Ainda nesta lógica, Basile (2021, p. 27, tradução nossa) aponta que

O desenvolvimento como conceito estruturante da geopolítica do poder e do conhecimento em saúde se mostrará essencial para entender como, no caso da América Latina e do Caribe, a relação entre saúde e desenvolvimento tem grande impacto: na epidemiologia da classificação das doenças; a transnacionalização de modelos de atenção médico-hospitalar; o desenho de políticas e sistemas de saúde; o desenho e reflexão sobre modelos de proteção, a importação de tecnologias sanitárias; o uso de medicamentos; a economia do setor saúde; atende a epidemias e emergências de saúde pública, entre outras.

Assim, pode-se dizer que, desde uma perspectiva eurocentrada, a acentuação das desigualdades e iniquidades sociais e sanitárias, bem como a fragmentação da atenção básica brasileira nos últimos anos, está em consonância com os debates dominantes de desenvolvimento e com os padrões de poder e conhecimento, por meio da construção de políticas públicas de saúde que se interessam com os valores socioculturais ocidentais de reindividualizar e descidadanizar (por mercantilização e por desposseção) (BASILE, 2020; FLEURY, 1997) os sistemas de saúde.

6.3 AS RELAÇÕES DE PODER QUE PERPASSAM E CONSTROEM A ATENÇÃO BÁSICA

O presente estudo também perspectivou compreender as relações de poder que perpassaram a atenção básica no período de 2016 a 2020. Para tal, foi considerada a categoria analítica relações de poder, relativamente à qual apareceram nos discursos representativos dos participantes da pesquisa os seguintes temas: relação colonialidade-capitalismo e saúde; relação público-privado; atores em disputa; níveis de atenção. Dentro dessa categoria, foi incluído o debate sobre a pandemia da Covid-19.

Um ponto abordado pelos sujeitos da pesquisa que conversa diretamente com o finalizado na seção anterior foi a relação da saúde e da AB com a colonialidade do poder, em especial nos domínios do controle da economia e controle da autoridade (MIGNOLO, 2010). A experiência de colonialidade no Brasil é sistêmica, material, simbólica, está em toda parte e se manifesta, por exemplo, como vemos nas falas, na negação de educação e saúde públicas de qualidade, de acesso aos serviços públicos, de direitos trabalhistas, de cidadania:

[...] Não é nem atenção básica nem o SUS, é a própria sociedade que tem ar de colonialidade, a saúde naturalmente, a educação a mesma coisa. (GESTOR 2).

Enquanto a gente não conseguir construir um projeto que atenda aos interesses da classe trabalhadora, a gente nunca vai descolonizar a saúde. A gente pode até minimizar as contradições em um cenário que aponte para uma ampliação de direitos da classe trabalhadora. Eu acho muito difícil no momento que a gente está passando agora. (MOVIMENTO SOCIAL).

Atenção básica era para ser libertadora se ela garantisse acesso. A atenção básica era para ser um processo libertador e garantidor de política pública. Da essencialidade da cidadania do consumo no sistema de saúde. Na medida em que isso é negado, nada mais colonial do que, historicamente, negar acesso e cidadania ao conjunto da população da América Latina, da África e da Ásia. (IDEALIZADOR 2).

Essa cultura escravagista ainda tá predominante, mas não é só a questão brasileira, é a evolução da sociedade [...] não adianta eu lutar para construir a atenção básica ou primária a saúde se eu também não estiver disposto a fazer isso, eu tenho que estar disposto a fazer essa luta social, política. (GESTOR 2).

A gente vive um período agora... eu não vou dizer que só de agora não, viu? Acho que na verdade a gente tem uma tendência a viver sobre esse período de colonialismo, essa visão colonialista de fazer, de ser, de fazer saber, de construir saber, é muito comum colonial. (TRABALHADOR 3).

É para outros setores também fora a saúde [...] a gente tem hoje um ministro que diz que precisa mudar as relações de trabalho porque a empregada doméstica está indo para a Disney, então é um processo de você acirrar, de você colocar na senzala de novo a população negra, a população negra não pode falar, a população negra e as políticas de saúde voltadas para a população negra não ouvem a própria população. Então esse é um processo que reforça a questão da colonização, “eu tô acima dos outros e eu preciso manter essa distância entre quem está querendo emanar um poder e tirar de quem realmente deveria ser”, que é o povo. (TRABALHADOR 4).

Quando um dos entrevistados coloca que não existe nada mais colonial do que negar acesso à saúde e cidadania, remetemo-nos ao pensamento abissal proposto por Santos (2007). De fato, uma demonstração clara de uma linha abissal na atenção básica é a negação de acesso a um direito humano fundamental a alguns indivíduos para alimentar o enriquecimento de outros e a competição entre direitos coletivos e individuais. No pensamento e na prática abissais, os direitos humanos, dentre os quais a saúde se insere, estão sendo concebidos para alcançar o “lado de cá” da linha abissal, o que seria já muito grave se fosse o alcance deste lado sem em nada interferir o “lado de lá”; mas, além de ser estabelecida uma “linha” imaginária excludente, que é real no acesso desigual aos bens naturais, à distribuição de desenvolvimento e tecnologia, à exclusão da participação social, é também reforçado um colonialismo interno pela relação parasitária que se estabelece (GONZÁLEZ CASANOVA, 2007).

Essas negações e apropriações fazem parte do rol de violências estruturais produzidas e reproduzidas pela imposição das políticas neoliberais que contribuem

para aumentar a violação aos direitos e, como um ciclo vicioso, fortalecem as faces da colonialidade. Daí a afirmação de Santos (2020) de que, enquanto houver capitalismo, haverá colonialismo e patriarcado, já que esses três modos de dominação da sociedade contemporânea se retroalimentam.

Said Bouamama, em entrevista à *Rebelión* em 2014 (MIDI, 2014, não paginado), concorda afirmando que “não há capitalismo, por um lado, e colonialismo de outro, mas, sim, são as faces de um mesmo processo”. Desta forma, mesmo que o colonialismo, como fenômeno, tenha ocorrido antes do capitalismo como sistema, ele o acompanha em suas diferentes fases de desenvolvimento (FERREIRA, 2014). Assim, parece fazer sentido evocar a colonialidade para iniciar a crítica ao capitalismo.

Essas teorias nunca estiveram tão bem aplicadas na saúde do Brasil como a partir de 2016, com o golpe judiciário e a ascensão da direita conservadora e ultraconservadora neofascista e capitalista. Alguns dos sujeitos da pesquisa fazem a associação das reformas ocorridas no SUS e na atenção básica com o Estado mínimo, o livre mercado, a entrada e acumulação de capital sob influência do capitalismo financeiro internacional, nomeadamente o Banco Mundial e grandes corporações internacionais e nacionais.

[...] não poder ofertar uma mínima condição estruturante à sociedade de cidadania com um conjunto de políticas mínimo. No caso, o SUS, ele é um recorte de mudança de paradigma contra-hegemônico no conjunto do arcabouço da sociedade capitalista brasileira em seu processo hegemônico histórico, o SUS é algo extremamente contra-hegemônico, é a política pública mais contra-hegemônica, mais socializada que nós temos nesse país. Agora, isso tem sido negligenciado, as suas bases e a sua constituição histórica, por uma ausência de caracterização do papel do Estado na possibilidade de superação histórica da negligência, da ausência da política pública e do acesso cidadão que configurou um processo de violência estrutural, histórica, por negação de acesso. (IDEALIZADOR 2).

O atual Governo, por exemplo, defende o livre mercado. A saúde não pode ser tratada apenas como mercadoria, porque lida com a vida das pessoas. Aliás, isso contraria inclusive a ótica da atual Constituição, que trata a saúde como um dever do Estado e um direito de todos, de toda a população. Então, tanto a saúde quanto a educação, na minha opinião, sempre têm que ter uma presença muito forte do Estado para atender as pessoas. (TRABALHADOR 1).

O Coalizão pelo Brasil é um grupo de empresários de saúde de grandes corporações hospitalares, da medicina e da indústria médica hospitalar internacional, que vem fazendo seminários e discutindo justamente essa questão da responsabilidade social: como a iniciativa privada vai contribuir com a construção de um sistema nacional de saúde. Eles não falam de Sistema Único de Saúde, na verdade, o que eles querem é ampliar as possibilidades de acumulação de capital. (MOVIMENTO SOCIAL).

O sistema de saúde nunca vai ser implementado, porque ele foge ou tenta ser visto de maneira setorial, e não enquanto estrutura do próprio modo de distribuição capitalista ou do modelo de desenvolvimento econômico escolhido para o País. Então não dá para a gente discutir atenção primária sem entender essa coisa do modelo neoliberal. (MOVIMENTO SOCIAL).

Eu acho que nós estamos vivendo um período de forte influência das posições do Banco Mundial, sobre o que ele pensa de organização de saúde. Você pega lá, o Banco Mundial falou o seguinte: “o sistema tem que ter atenção primária como prioridade”. Então o Ministério reproduz esse discurso, atenção primária tem que ser prioridade, cria uma secretaria, botou mais recurso para atenção primária. (GESTOR 1).

Sobre o Banco Mundial, reforçamos o já mencionado relatório de 2017 *Um ajuste justo*, que recomendou para o SUS e para a AB corte dos gastos; universalização sem integração com outros níveis de atenção; reforço da força de trabalho de enfermagem por questão de mais baixo valor do trabalho comparativamente ao médico; baixa de salários; aumento da produtividade, etc. Esse relatório, que relaciona a ideia de alcançar maior eficiência dos serviços porém priorizando o ponto de vista econômico, considerando pouco a heterogeneidade na qualidade da atenção básica, as diferentes formas de organização institucional e normativa na escolha das variáveis a serem analisadas, na verdade, por meio da indução a focalização, redução e fragmentação dos serviços, convoca a cobertura universal da saúde sob o argumento da falta de recursos para atender a todos, garantindo uma cobertura para populações específicas, as mais “pobres”. Desta forma, como aponta Dias (2010), a oferta de serviços mais eficientes, como é a grande prerrogativa do Banco Mundial, não significa melhoria da qualidade, tampouco induz à equidade; ao contrário, tende a tornar os serviços mais frágeis e desiguais em termos de acesso e qualidade.

Em reportagem à Fiocruz (ANTUNES; MATHIAS, 2016, não paginado), Ocké-Reis, concordando com as diversas falas, com exceção do nomeado gestor 4, que trazem as medidas anunciadas e realizadas desde 2016 como uma adequação à CUS em obediência ao Estado neoliberal, afirma: “[...] há uma lógica de Estado mínimo subjacente e, portanto, a cobertura universal é, sim, uma proposta neoliberal. É uma reatualização mais sofisticada, mais inteligente e mais orgânica ao capitalismo.”

Cobertura universal de saúde, isso é política de ajuste fiscal pelo Estado mínimo, portanto é o mínimo do mínimo. (USUÁRIO 1).

São dois movimentos que podem parecer num caminho contrário, mas na verdade reforçam um projeto, é para assumir esse discurso da cobertura

universal da atenção primária em saúde, esses dois projetos fazem dois movimentos. O Ricardo Barros foi mais explícito neles. Mandetta tem sido mais explícito em um deles, que é, de um lado, fazer um discurso de defesa da atenção primária em saúde, o atual ministro diz que é a prioridade da sua pasta, criou uma secretaria para isso, com a visão de uma atenção primária em saúde voltada para quem não tem plano de saúde, voltada para as pessoas que não são SUS dependentes. (GESTOR 1).

[...] A gente tem que fazer uma ponderação bem importante porque, assim, a gente assumir uma discussão de cobertura universal a gente não tá pondo em xeque o que a gente tem de direito constitucional de todos os cidadãos estarem protegidos, a gente não tá retroagindo na questão de ter o asseguramento só para quem é trabalhador informal e tudo isso assim. Então hoje essa discussão vem sendo feita em alguns fóruns internacionais que a gente participa, OMS, OPAS, mas, assim, hoje aqui da atenção primária a gente vem fazendo uma discussão de que a gente precisa melhorar acesso sem ferir, sem prejudicar em nada o que a gente tem de modelo de asseguramento de modelo de proteção social no País. (GESTOR 4).

Se observa um deslocamento então do debate do direito universal à saúde e da integralidade do cuidado em redes regionalizadas ordenados pela atenção primária, para um direcionamento do conjunto de medidas para uma atenção primária que a gente poderia chamar de “neosseletiva” e “mercantilizada”, se alinhando às propostas de cobertura universal. (INTELECTUAL ORGÂNICA).

Aí a gente começa a perceber que tudo isso que vem acontecendo nada mais é do que a execução, apesar de não falada, da tal cobertura universal de saúde. (MOVIMENTO SOCIAL).

De 2016 para cá o foco passou a se encaminhar para cobertura, ou seja, é uma atenção básica seletiva, é uma atenção básica pública voltada apenas para os pobres e inclusive o público, ele não é estatal, a gente tá falando de um público com a presença da participação do setor privado recebendo recurso público para desenvolver o que seria de responsabilidade dos gestores municipais e também a ausência de participação de gestores estaduais. (TRABALHADOR 4).

A CUS tem como pano de fundo a entrada do capital na saúde, como nos diz um dos participantes: “Eu acho que o que vem acontecendo nos últimos três anos é uma adequação da atenção primária para a entrada do capital.” (MOVIMENTO SOCIAL). Leite (2015), corroborando, indaga sobre a adoção de políticas sociais de caráter públicas para servirem aos interesses do capital, utilizando essas políticas como campo de ação do capitalismo. Na saúde, essa ação se dá, sobretudo, através da privatização dos serviços públicos, com a prerrogativa da eficiência dos serviços, do pluralismo de bem-estar e da desoneração do SUS (PEREIRA, 2004).

No entanto, cabe destacar dois pontos. O primeiro é o de que não há evidências de que a prestação privada ou a terceirização dos serviços sejam mais efetivas ou eficientes do que a provisão pelo setor público (GIOVANELLA *et al.*, 2019). Assim a ideia de que o sistema privado é capaz de promover melhor atenção à saúde é uma

falácia que não se comprova no mundo. Só existe possibilidade de organizar uma AB forte por meio de sistemas públicos baseados no território, na articulação entre família, comunidade, indivíduo e rede, além da coordenação no interior das equipes, de forma multiprofissional e contextual. O que for diferente significa fragmentação e mercantilização da saúde, fim dos sistemas públicos de saúde.

O segundo ponto, como apontam Ocké-Reis e Sophia (2009), é o de que a alegação de que o mercado desafoga ou desonera o SUS na verdade esconde o patrocínio pelo Estado capitalista ao mercado de saúde privado, sustentando ideologicamente os interesses liberais e contribuindo para estruturar um modelo de proteção social de matriz liberal, ou seja, fortalece a relação Estado-mercado na saúde, representada na micropolítica como relação público-privado.

A temática relação público-privado na atenção básica foi extremamente presente na fala das/os entrevistadas/os. Muitas/os (com exceção de um) alegaram a possível convivência entre os setores, porém considerando a saúde privada como complementar à saúde pública, tal qual previsto constitucionalmente. Sobre essa convivência, Bahia (2010) coloca que, para uns, a existência de uma suposta harmonia na relação entre o público e o privado é necessária pela justificativa de que o privado alivia o público de uma carga desnecessária. Isso seria verdade se o privado contribuísse com o sistema público de saúde, em vez de prioritariamente visar receber dinheiro público para fazer crescer o mercado. Se o privado servisse verdadeiramente para contribuir com o público, atenderia a previsão constitucional. Para outros, os agentes privados, com suas estratégias, impedem o avanço de propostas de projetos societários para a saúde.

Desta forma, essa relação é dinâmica e conflituosa, como vemos nas ponderações dos sujeitos:

Não existe possibilidade de convívio entre esses dois interesses, públicos e privados, em qualquer setor. (MOVIMENTO SOCIAL).

É uma convivência que, pelas leis de mercado, pelo código de consumidor existe, porque a saúde suplementar sempre vai estar lá também como uma possibilidade, mas sair de possibilidade da saúde suplementar para uma imposição quase que programática pelo próprio Ministério da Saúde, que deveria estar fazendo Saúde Pública, é muito difícil. (USUÁRIO 1).

Os setores públicos e privados na atenção básica vão conviver. Qual o nível de integração entre isso no futuro, e o que pode acontecer inclusive enquanto estruturação de oferta de serviço, enquanto possibilidade de contratualização do setor privado para oferta de atenção básica, é algo que hoje não tem muita base para definir que isso vá acontecer. (IDEALIZADOR 2).

Na minha opinião, a saúde suplementar deve ser complementar, de fato, na forma como está na Lei 8080/90. O que nós temos visto por aí afora são muitos, tanto estados quanto municípios, terceirizando as ações de serviço de saúde para organizações sociais, OSs, Oscips, fundações de interesse privado, e muitas vezes subvertendo essa lógica de que a atuação da iniciativa privada deve ser complementar. (TRABALHADOR 1).

A literatura retrata que essa relação, que vai além de uma dicotomia entre público no sentido de estatal e privado no sentido de particular, representa uma imbricação, nebulosa, entre os dois setores. Santos, Santos e Borges (2013) apontam que o imbricamento público-privado no sistema de saúde pode ser na esfera da prestação e produção de serviços, no campo do financiamento e na forma de inserção do seguro privado no sistema de saúde (suplementar, substitutivo, complementar ou primário). No Brasil, devido à coexistência desses diversos arranjos, pode-se considerar o sistema de saúde como misto, já que a rede pública é integrada por estabelecimentos privados, e a privada, por instituições públicas, ocultando de maneira sutil a presença do privado no público e do público no privado, transformando-se quase que naturalmente em um sistema único (BAHIA, 2010; CARDOSO *et al.*, 2017).

No entanto, Santos (2016) afirma que, no Brasil, o SUS, por mais imbricado que esteja com o setor privado, possui características que este último não possui, pois o setor privado de saúde tem uma natureza fragmentada e uma lógica pautada em eventos hospitalares e agudos, além de ter como público-alvo pessoas saudáveis, que não causem prejuízo ao sistema. Assim, a grande diferença é conceitual, ou seja, o sistema público visa ser um sistema de saúde de interesse público para todos os brasileiros, inclusive pela prerrogativa legal de ordenar o setor suplementar.

No âmbito da atenção primária mundial, as reformas do setor saúde na década de 1990 levaram a proposições de mudanças na APS pela OMS com base nos documentos *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas* (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005) e *Relatório Mundial da Saúde* publicado em 2008, intitulado *Primary Health Care: now more than ever*, a partir do qual se criou a proposição de “sistemas de saúde pluralísticos num contexto globalizado” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008), levando ao desenvolvimento de novas modalidades de gestão e de prestação de serviços de atenção primária com mais autonomia de gestão, buscando mais eficiência e melhores resultados de saúde para a população, implicando como

estratégias para tais mudanças, em especial nos países da Europa Ocidental, a competição e a privatização da APS (JUNIOR; NASCIMENTO; COSTA, 2011).

No Brasil, se no âmbito do SUS a atenção especializada e hospitalar já vinham sendo dominadas pela lógica do mercado, com a crescente privatização através das organizações sociais (OSs), a atenção básica, apesar de ter estabelecido de maneira mais local a relação público-privado através da terceirização de profissionais de saúde por meio das organizações não governamentais, cooperativas, associações de moradores, fundações de apoio, associações religiosas, organização da sociedade civil de interesse público (Oscips), organizações sociais e fundações estatais, entre outras (JUNIOR; NASCIMENTO; COSTA, 2011), de 2016 para cá, apareceu nacionalmente como uma oportunidade de crescimento dessa dominação do mercado, tal qual exemplificado, a partir de algumas falas dos participantes, pela Lei n. 13.958/2019, que instituiu o Programa Médicos pelo Brasil e criou a Adaps.

O poder público sempre cuidando dos grupos mais vulneráveis e da população desassistida economicamente e a iniciativa privada cuida da atenção secundária e terciária, que são os espaços em que você auferir maior lucro com a atenção da saúde. (MOVIMENTO SOCIAL).

A gente poderia dizer que terceiriza a política de atenção primária nacional na Adaps, e a Adaps terceiriza contratando o setor privado. Não há evidências científicas de que a prestação privada ou a terceirização sejam de melhor qualidade, ou mais eficientes para a prestação de serviços de saúde. (INTELECTUAL ORGÂNICA).

Vamos olhar para as nossas relações locais, o nosso contexto de relações do público com o privado no Brasil: ele é favorável a isso? Não, ele não é. Via de regra, o privado tenta parasitar o recurso público o máximo que pode. Então, se a gente simplesmente joga um modelo de provimento privado agora, a gente vai ter o saqueamento total dos recursos do SUS. [...] Eu acho que a gente tem que fazer um plano de transição para um modelo parecido para os próximos 20, 30 anos, porque eu não acredito que o privado vai largar mão. [...] Então eu acho que, se o custo para o SUS funcionar, for a gente alimentar de alguma forma limitada, controlada, fiscalizada os serviços privados, eu topo. (TRABALHADOR 2).

Nós temos um hospital público e a gente então agora resolveu “privatizar”, contratar uma OS para vir tomar conta do hospital, do que é o equipamento público. E a gente percebe muito claramente que tem grandes interesses por trás disso. [...] Lamentavelmente, os governos estão brincando com a saúde do povo, diminuindo, tirando os direitos – porque isso é um direito, um direito do povo e um dever do Estado, a saúde – e entregando para grandes empresários lucrarem em cima da saúde. Na verdade, nem em cima da saúde, em cima da doença, e, possivelmente, em cima da morte. (TRABALHADOR 5).

A gente sabe que a AP tem uma participação da iniciativa privada bem importante, a gente vê que tem subutilização, a gente vê que toda a parte de atenção especializada, boa parte também dos serviços de apoio diagnósticos

laboratoriais também acaba tendo a participação privada, participação complementar a partir de contratualização, a partir de prestação de serviços, é muito presente. (GESTOR 4).

Debatendo com as falas, Morosini, Fonseca e Baptista (2020) mencionam que a criação da Adaps criou um terreno fértil para que entidades privadas assumam a gestão da atenção básica através da possibilidade de contratação por essa agência, de prestadores de serviços públicos ou privados. As autoras colocam que “o setor privado contará com o controle de todos os recursos que compõem a gestão – econômico, técnico, informacional, trabalhista, educacional e científico – podendo definir as regras do jogo” (p. 12). Com isso, o poder público abre mão do seu papel de gestor e da tomada de decisão na política de atenção básica. “Fica clara a aderência a novas modalidades de gestão inspiradas nas diretrizes da *new public management* [...]”, ou seja, a transferência da provisão de serviços sociais ao mercado em conformidade com a utopia liberal para os moldes da contrarreforma do sistema de saúde inglês em 1989, no governo de Margaret Thatcher, com a introdução do mercado interno (GIOVANELLA *et al.*, 2019, p. 2).

Um outro mecanismo apontado na literatura como uma ameaça para o desenvolvimento e a sustentabilidade de uma AB forte e acessível a todos foram as mudanças no financiamento por meio do “Previne Brasil” de 2019. Com o incremento financeiro associado exclusivamente ao cadastro, ocorre apenas mudança de arranjos e não mudança estrutural; assim, o problema ou se mantém ou se agrava, tendo em vista que a cesta mínima de indicadores utilizados para o repasse não permite entender a qualidade da oferta dos serviços da AB. Assim, substituir um modelo de financiamento consolidado por outros, sem muita base empírica, pode enfraquecer a AB (TASCA *et al.*, 2021). Todavia, alguns sujeitos desta pesquisa discordam de tais análises alegando que as mudanças trazem o aumento do repasse, a possibilidade de reorganização do processo de trabalho gestor, com uma suposta maior autonomia:

A gente tá vindo agora de um movimento de mudar o financiamento, e esse movimento de mudança do financiamento não foi só do arranjo dos mecanismos de transferência de recurso, a gente teve uma mudança também importante em relação ao aumento dos recursos. (GESTOR 4).

Quando a gente discute o financiamento da atenção básica, onde o Ministério da Saúde traz uma proposta de pegar todo o aumento, que não é grande, ele pode trazer 3 bilhões a mais pra atenção básica dos municípios, é óbvio que o Conasems tem que apoiar, ao invés de ficar numa metodologia que estava estagnada, e com dificuldade de executar o que estava proposto na peça orçamentária. (GESTOR 3).

Análises realizadas pelo Conasems evidenciam que, em comparação com os dados de repasses a municípios no modelo anterior de financiamento, há efetivamente um aumento relativo e absoluto dos recursos repassados a regiões e municípios mais carentes. (TRABALHADOR 2).

Eu acho que jogar o financiamento para dentro do bolo da captação e permitir que o gestor tenha autonomia para montar a equipe que ele precisa é positivo, mas me preocupa a falta de capacitação dos gestores. (TRABALHADOR 2).

A pergunta que Carnut e Mendes (2020a) nos provocam diante das mudanças do financiamento é “mas por que a atenção básica?” Eles nos respondem dizendo que, do ponto de vista epistemológico e ideológico, esse nível de atenção à saúde é essencial para garantir sistemas de saúde universais e o acesso universal de saúde baseados no equilíbrio entre necessidades, tecnologia e investimento. Então, se a atenção básica é considerada a ordenadora do SUS, nada mais destrutivo do que atacar o “coração” do princípio constitucional do SUS universal. E, do ponto de vista econômico, essa desestruturação se dá

Com o congelamento dos gastos públicos em saúde por 20 anos pela EC-95, com o mercado de planos de saúde em desaceleração, com o impedimento constitucional de expansão da incorporação tecnológica na média e alta complexidade do sistema público, com o esgotamento da gestão terceirizada, o novo nicho de capital em larga escala no sistema de saúde se dá, nesta conjuntura, prioritariamente na atenção primária em todo o País. (CARNUT; MENDES, 2020a, p. 193-194).

São estratégias de intensificação da contrarreforma do Estado brasileiro submisso aos interesses capitalistas das grandes corporações, inclusive das áreas da saúde (médicas, farmacêuticas, de tecnologia da saúde) e dos países ditos centrais. Estes, com uma falsa preocupação dos riscos financeiros dos países em desenvolvimento, na verdade conduzem e definem um modelo de saúde global a partir de um sistema-mundo colonial-capitalista-imperialista composto de múltiplas hierarquias entrecruzadas, o qual, pela diferenciação do poder político e econômico, organiza a sociedade em classes de poder (gênero, social, escolaridade, raça). Essa organização é, assim, ontológico-político-epistemológica (FERREIRA, 2014) e leva, na saúde, a consequências não apenas do ponto de vista assistencial, que já é bastante grave, mas, sobretudo, como ressaltado em algumas falas, à construção de um projeto de saúde socialmente excludente e danoso, a partir, por exemplo, da liberação de agrotóxicos, armas, da limitação de acesso, de direitos, etc.

Desmonte do sistema único de saúde, desmonte da ciência farmacêutica, a piora dos determinantes sociais, é um governo que autoriza agrotóxico, é um governo que incita a violência, autoriza a flexibilização das armas, libera velocidade nas estradas, piora muito a situação de renda das famílias mais pobres, cortes de investimentos públicos de saneamento, privatização. Ou seja, é um governo que impacta muito fortemente os determinantes sociais de saúde, piorando muito a situação de vulnerabilidade das nossas populações. (GESTOR 1).

Isso tudo o que é que vai gerar? Corte de recursos, privatização do SUS, quebra do paradigma do direito à saúde, quebra do financiamento tripartite, desresponsabilização da União com o financiamento do SUS, produz precarização do trabalho e corte de receitas. (CNS 3).

Esse modelo não vem para solucionar as dificuldades que a gente tinha no anterior, mas sim para piorar e agravar os novos, e criar novos também. Então fica algumas perguntas também né? Como que o novo modelo de financiamento pretende ampliar o acesso à população, por exemplo, à população negra? ...entendendo que o acesso nesse novo modelo causa prejuízo nas populações que são mais vulneráveis dentro dos atendimentos hoje na atenção primária. [...] Como que o modelo de avaliação de desempenho vai garantir o respeito e a valorização dos profissionais da saúde. (CNS 2).

Com o novo modelo de financiamento e também com essa revisão da PNAB, alguns serviços já fecharam, como as equipes do Consultório na Rua. Por quê? Porque, quando esse novo modelo de financiamento, quando a revisão da PNAB acontece, traz alguns elementos dentro dela que dificultam inclusive a atuação dessas equipes. [...] quando não fecham, trabalham com grandes dificuldades de recursos humanos, insumos. (USUÁRIO 2).

Se a gente for pensar, tem que pensar numa perspectiva intersetorial, então, se é contra pobre, então você já é contra a política de atenção básica, não tô dizendo que ela é só para esse público mas prioritariamente atende esse público, então quem vai sofrer mais na ponta com certeza é a população negra, periférica, de comunidade. (TRABALHADOR 3).

Dentro da temática atores em disputa, apareceram atores que foram mencionados como defensores ou contra o SUS e a atenção básica. Dentre os contra, destacaram a mídia e a atual gestão nacional da saúde. A academia, apesar de ter sido referida criticamente, não foi considerada um ator contrário de maneira direta.

Sobre a mídia, os discursos apontaram para a quase exclusividade dos meios de comunicação em transmitir os maus aspectos do SUS e pouco se referir à atenção básica, associando ao imaginário coletivo a saúde pública com baixa qualidade e/ou insuficiência na assistência e necessidades da população.

Infelizmente nós, povo brasileiro, só vemos que a mídia só coloca o que acontece de ruim no SUS, na atenção básica, é vendido para ela que o SUS não presta, que o SUS não funciona, que tem desvio. (USUÁRIO 2).

Por que a atenção básica não aparece tanto na mídia? Porque é muito mais impactante aparecer num jornal o paciente no chão de um pronto-socorro do

que você ir na atenção básica falar com alguém. [...] Então, esses assuntos acabam saltando mais aos olhos do que algo que é rotina. Esse é o primeiro ponto: o espaço pela notícia. [...] Então, primeiro tem uma disputa que acaba sendo impulsionada pela própria mídia, e, obviamente, a atenção básica, nesse cenário, perde. (GESTOR 3).

[...] A mídia não divulga as experiências exitosas na AB, a mídia não tá a serviço dessa mudança, a universidade não tá em vista dessa mudança. (GESTOR 2).

As péssimas e frequentes manchetes da grande mídia, não tendo uma notícia positiva sobre saúde [...]. Então isso é o que sai na grande mídia, é o que fica na consciência das pessoas. (GESTOR 5).

Quando o sistema universal de saúde é bombardeado na imprensa, é sempre a mesma coisa: média e alta complexidade, fila na urgência e emergência, falta de medicamento. O SUS se enxerga dessa maneira. E o SUS é muito mais que isso: é vigilância em saúde, é desde o alvará sanitário que tá lá no cabeleireiro onde a madame vai cortar o cabelo, isso é SUS também, não é só assistência. (GESTOR 3).

Os discursos das/os participantes corroboram Medeiros e Souza (2017), pois as autoras argumentam que, quando se refere à saúde pública, a mídia é bastante tendenciosa, visto que mostra apenas o caos no setor público, e supostamente sem solução. Com isso, pode-se inferir que, de maneira não dita, a mídia, ao responsabilizar os gestores e/ou profissionais pelos erros do SUS, ao não divulgar tudo que ele realiza de positivo, como as ações de vigilância, prevenção de doenças e de promoção à saúde, predominantes na atenção básica, privilegia o discurso biomédico, o setor privado e alimenta a lógica neoliberal, conforme afirma Paim em entrevista à Agência Brasil (2018, não paginado): “[...] quando os conservadores, os liberais e a mídia limitam o SUS à saúde pública, querem que ele seja visto apenas como controle de doenças e epidemias ou restrito à profilaxia, de modo que a assistência médica fique submetida ao mercado.”

No contexto da pandemia da Covid-19, a grande mídia televisiva brasileira aparentemente partiu em defesa do SUS, porém apenas no seu aspecto curativo, “hospitalocêntrico” e “academicista”, ignorando mais uma vez a atenção básica. Para Lefèvre (1999), a mídia apenas volta minimamente o olhar para o coletivo no aparecimento de alguma epidemia, tendo em vista que, em situações de emergência, são cobradas do Estado medidas interventivas de forma drástica, coercitiva e rápida. Passada a emergência pública, volta-se ao discurso ante saúde coletiva, posicionando a saúde como bem individual. Desta forma, o discurso da mídia relativamente ao SUS é movido por um jogo de interesses e no que concerne à atenção básica, especificamente, é considerado inexistente.

A atual gestão nacional da saúde, com destaque para o Ministério da Saúde, Conasems e Conass, foi, por muito sujeitos da pesquisa, considerada contrária ao SUS e à AB por estar aparelhada com interesses privados, focalizar o acesso à saúde a grupos mais vulneráveis e construir as políticas de saúde mais recentes à revelia do controle social, nomeadamente o Conselho Nacional de Saúde.

O Erno, secretário da SAPS, colocou em eventos públicos, inclusive em uma oficina que tivemos para apoiadores aqui, dentro, para o pessoal do Conasems, onde ele fala que essa mudança de financiamento, essas portarias que foram lançadas: 2979, 322, todas elas, não é uma coisa do Ministério da Saúde, é uma coisa que é de todos, incluindo aí, falando pelo Conass e pelo Conasems. (CNS 5).

O ministério, com essa postura de um descompromisso com a ideia de sistema nacional público, não aposta na ideia de expandir ou qualificar a atenção primária em saúde nas áreas que chamam de SUS dependentes; é uma visão muito focada na presença na figura do médico e algumas evidências científicas de realidades muito diferentes da nossa, tanto da nossa desigualdade, tanto em relação ao papel transformador que tem o SUS no nosso país. (GESTOR 1).

De um lado, a fala do Conass, que, apesar de reconhecer o caráter central da atenção primária, tece comentários de culpabilização da população usuária e dos profissionais de saúde e ignora fatos como a Emenda Constitucional 95, uma crítica ao que tem sido a proposta para saúde, e o maior repasse que se dá para a saúde complementar. (CNS 10).

O Governo Federal e a representação – e aí eu não posso falar que é 100% dos gestores municipais ou 100% dos estaduais, mas as representações no Conass e Conasems estão se posicionando juntamente com o governo nesse processo de desmonte e desequilíbrio do setor público-privado –, nessa relação público-privada, então os representantes de gestão estão se colocando dessa forma, estão se colocando ao lado do setor do empresariado. (TRABALHADOR 4).

A respeito dos interesses políticos do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Bahia (2018) alega que, após as eleições municipais de 2016, os conselhos, que até então eram mais perfilados com movimentos sociais em torno de mais recursos para a saúde, deslocaram-se para o polo mais conservador do espectro político. As consequências são o estabelecimento de acordos mediados por interesses privados e a formulação de políticas de saúde, junto ao MS e outras corporações (como a médica) que, apesar do discurso de defesa do SUS e da AB, fortalecem disputas políticas, ideológicas e relações desiguais de poder entre gestores, trabalhadores e sociedade, as quais têm como resultado principal a perda do direito à saúde pública gratuita e universal.

Em entrevista realizada pela *Revista do Conasems* em 2017, o então presidente do Conass enfatizou a extrema solidariedade ao Conasems na proposição de adequação da PNAB 2017 e na mudança dos blocos de financiamento de sete para dois (custeio e capital). Afirmou: “foi um movimento amplamente consensuado entre as três esferas de gestão, aliás, uma das maiores unanimidades que eu vi na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS, 2017, p. 7). Na mesma publicação, a instituição menciona que a minuta de mudança da PNAB e as mudanças na forma de repasse aos estados e municípios foram amplamente criticadas por instituições da saúde coletiva, como Abrasco, Cebes e Fiocruz, bem como pelo CNS, devido, entre outras razões, ao cenário de restrição econômica em decorrência da EC-95. No entanto, apesar das críticas e pedidos de adiamento de mudanças estruturais em uma política base para o SUS, o Conasems, o Conass e o MS realizam tais modificações indo de encontro às reivindicações, inclusive do controle social.

Outra medida bastante criticada pelo controle social e entidades da saúde coletiva, no entanto amplamente pactuada em âmbito tripartite acrescida da defesa pela SBMFC, foi a Portaria n. 2.979/2019, sobre a mudança do financiamento da AB. A Rede APS (2020) afirma que o Conass e o Conasems manifestaram total apoio à mudança pelo fato de a proposta ter inspiração em modelos internacionais, tais como do Reino Unido e do Canadá, e por ela ser resultado de um debate entre diversos segmentos. No entanto, de acordo com a Abrasco, tal debate não foi devidamente realizado com o CNS.

No âmbito do SUS, a participação do controle social na deliberação, implementação e fiscalização das políticas de saúde é legitimada pela Lei n. 8142/1990 (BRASIL, 1990b), que garante a participação da comunidade na gestão do SUS, e pela Lei Complementar n. 141/2012 (BRASIL, 2012a), que estabelece as atribuições do controle social. Assim, as políticas de saúde devem passar obrigatoriamente por um amplo debate com o controle social em suas instâncias locais e nacionais, sendo qualquer tomada de decisão contrária um descumprimento constitucional.

Desta forma, o domínio do controle da autoridade presente na matriz colonial de poder se fez presente nas decisões do Estado, quando agiu no controle da autoridade coletiva a partir de uma dominação política.

O capitalismo moderno, como um dos eixos centrais do poder global, tem estado associado ao Estado. Isso se dá pela “imposição mundial do neoliberalismo como matriz política econômica, tanto dentro de cada país como entre países, levando à desdemocratização da representação política da sociedade no Estado” (QUIJANO, 2002, p. 11).

Como anteriormente referido, a academia, ou parte dela, apesar de ter sido um ator essencial na história da saúde no Brasil,

[...] tem trabalhado, pelo menos, as principais comunidades científicas na área do setor saúde, se colocando à disposição da luta e da resistência pelo SUS. Até porque a própria academia – seja Abrasco, Cebes, Rede Unida, Fiocruz –, essas históricas comunidades científicas, associações de comunidades científicas, elas participaram do processo de criação do SUS na reforma sanitária. (TRABALHADOR 4).

Essa academia obteve algumas críticas diante de seu posicionamento em relação à atenção básica, já presentes em outros momentos deste trabalho:

A academia discute uma atenção primária abstrata, porque ela acaba não trazendo os elementos dessa materialidade para poder contribuir com a discussão da atenção primária, pelo menos nessa generalização do que eu estou chamando de novo pensamento sanitário brasileiro. (MOVIMENTO SOCIAL).

Os atores contrários são o processo histórico de superespecialização, de atuação especializada da medicina, de vinculação do processo remuneratório à superespecialização precoce e imediata, ao conceito da formação de especialista com uma estrutura diferenciada, à divisão e ao papel de algumas sociedades de especialidades que, de uma forma ou de outra, superdimensionam o papel dos seus especialistas até por uma atitude de reserva de mercado e de diminuição do processo formador. (IDEALIZADOR 2).

Eu acho que a academia ainda fica muito no academicismo sério, eu até tive uma surpresa positiva esse ano: eu participei de alguns eventos da academia, tipo da Abrasco, nesses espaços e tipo de colocar o povo na rua... antigamente ficava aquele negócio fechado dentro de quatro paredes, todo mundo só problematizando. (TRABALHADOR 3).

A gente vê uma parte da academia que se recusa a conversar e tem uma outra parte que é mais ligada ao setor privado, que endossa o que está acontecendo. (TRABALHADOR 4).

Apesar de o debate em torno da academia sobre a atenção básica, como vimos, muitas vezes se pautar no seu afastamento e descontextualização da realidade, formando profissionais a partir do ensino fragmentado das especializações, o que poucos estudos questionam é o que está por trás desse modelo de ensino, e qual é o

posicionamento da academia perante as atuais mudanças na atenção básica no Brasil. O documento *Towards Unity for Health* (BOELEN, 2000) lançou algumas sugestões de por que parte da academia em saúde se posiciona, mesmo que não direta e majoritariamente, “contrária” à atenção básica: 1) as universidades, em especial de medicina, são influenciadas pelo Relatório Flexner, favorecendo a especialização; 2) os incentivos são geralmente relacionados a pesquisas biomédicas; 3) o crescimento dos profissionais interessados pela atenção primária soa como uma ameaça ao sistema; 4) o poder de base do cuidado primário se encontra nas comunidades; 5) membros das universidades são mais interessados em formar novos graduandos especialistas para dar continuidade aos seus estudos e atendimentos. Apesar de o documento referido ter sido elaborado há 21 anos, os parâmetros gerais de análise permanecem os mesmos e demonstram que uma parte da academia em saúde possui uma posição com objetivos políticos, ideológicos e epistêmicos que continuam tendo como base principal o modelo biomédico, fortalecendo o controle das instituições, dos profissionais e dos indivíduos.

Ainda referente aos atores em disputa, foram considerados pelas/os sujeitos do estudo defensoras/es da atenção básica majoritariamente as/os trabalhadoras/es, usuárias/os e militantes (movimentos sociais e populares). Por alguns, as/os gestoras/es locais e sanitaristas (trabalhadores e pesquisadores da saúde coletiva) e, de maneira pontual, os partidos de esquerda.

Os defensores da atenção básica são os sanitaristas, os gestores municipais, os profissionais que têm compromisso com o Sistema Único de Saúde, a população que também tem vinculação com a unidade básica de saúde, de uma forma geral, defende. De Alma-Ata para cá e seu sucedâneo, ninguém vai desconhecer o papel da atenção básica. O problema é como categorizar isso para uma intervenção verdadeira. (IDEALIZADOR 2).

Acho que quem mais defende a atenção básica no Brasil é quem milita na área, é quem trabalha na área, as próprias representações de secretários de saúde, tanto o Conass quanto o Conasems, os conselhos de saúde [...]. E coloco aí também os próprios conselhos profissionais da área de saúde também como um espaço de resistência para o fortalecimento da atenção básica. (TRABALHADOR 1).

Acho que é uma disputa sobre o modelo, a gente tem uma tradição do movimento de reforma sanitária, das entidades no movimento da reforma sanitária [...] você pega as associações Abrasco, os Cebes, os partidos políticos do campo da esquerda fazendo defesa mais forte da atenção primária em saúde, a defesa sobre o Mais Médicos, a academia, o departamento de saúde coletiva. (GESTOR 1).

Em sua grande maioria, prioritariamente movimentos sociais de várias ordens, movimento não só de pessoas que estão envolvidas com a saúde diretamente, mas movimento de mulheres, movimento antimanicomial, movimento de população negra, acho que os movimentos sociais no geral é que fazem grande parte da militância, movimento de trabalhadores e trabalhadores é que fazem, em grande parte, essa defesa. (TRABALHADOR 3).

Diante da conjuntura de desconstrução das políticas públicas de saúde, autores têm discutido o reavivar do movimento sanitário seja na teoria, seja na ação reformista, considerando as devidas críticas ao movimento das décadas de 1970 a 1990, em especial no que tange à posição quanto à AB; à perda progressiva da análise social e política que deu sustentação às propostas reformistas; e às especificidades temporais (FLEURY, 2018). Para Martins (2019), é essencial neste momento a articulação do movimento intelectual crítico, mas não na sua forma acadêmica erudita, e sim um movimento que crie e recrie novas plataformas conceituais e políticas visando ao poder social, à democracia e à ampliação de direitos.

Os atores mencionados nas falas, em certa medida, estiveram presentes na defesa do SUS desde os tempos da Reforma Sanitária e, como representatividade de categoria, são os que estão empenhados no enfrentamento das contrarreformas.

Dentro da categoria relações de poder, outra temática presente foi a relação entre os níveis de atenção presentes na saúde, nomeadamente média e alta complexidade versus atenção básica. Apesar de um participante referir a igualdade entre os níveis – “Não existe dicotomia [...] as pessoas não conseguem entender de que não existe uma relação entre maior ou menor de atenção primária e hospital, os dois são necessários” (MOVIMENTO SOCIAL) –, no geral, a atenção básica tomou uma posição inferior mediante os demais níveis de atenção. Sobre o reconhecimento profissional:

A atenção básica é vista como se fosse o patinho feio da saúde, inclusive eu presenciei várias vezes as pessoas fazendo pouco caso, chacota com quem trabalha nessa área, “ah, quer trabalhar com os pobrinhos!” Você ver que existe uma discriminação de quem trabalha na atenção básica, que é menos valorizado. Os próprios profissionais entre si se discriminam. (Trabalhador 3). Agora, os profissionais de saúde: nós temos 400.000 médicos no Brasil, tem 40 mil na saúde da família, mas só 6 mil fizeram especialização. Muitos que não são médicos de família tão ali só passando o tempo, um ano, dois anos para ganhar um dinheirinho e fazer a residência na especialidade. (IDEALIZADOR 1).

[...] Os estudantes disseram que a MFC é uma especialidade que não tem um horizonte definitivo atrativo como carreira, que não é aquilo que eles querem para a vida deles, que alguns inclusive eram criticados na própria família quando diziam que queriam fazer medicina de família, que a medicina

de família não tinha *glamour*, não tinha grandes congressos, não tinha a indústria científica e a indústria farmacêutica por trás financiando. (IDEALIZADOR 2).

Se você for comparar de profissional de equipe da saúde da família para fora, os que estão lá fora ainda se sentem mais importantes. E as próprias pessoas talvez deem mais importância ao médico do hospital do que ao médico da saúde da família. “Ah não, o médico da saúde da família é um generalista.” Um generalista para o povo é como se não tivesse essa importância toda, porque ele não é um especialista. (TRABALHADOR 5).

No que concerne ao repasse financeiro:

A AB nunca tem o mesmo peso da média e alta complexidade e nunca vai ter. A maioria dos recursos continuam indo para o hospital, as pessoas têm um fetiche por tecnologia, e entender que esse negócio de exame no meio de hospital é uma coisa supostamente mais resolutive. (TRABALHADOR 2).

Se você for pegar o orçamento da média e alta complexidade do Governo Federal, são 60 bilhões pra 2020. Se for pegar o total de orçamento pra atenção básica no Governo Federal, são 29 bi. Óbvio que a média e alta complexidade têm mais tecnologia abarcada, isso daí não se discute. Porém, a lógica é simples: quanto mais invisto na atenção básica, menos eu vou ter causas sensíveis de atendimento da atenção básica em internações. (GESTOR 3).

Enquanto os recursos na média e alta são ali em torno de 40,3%, os da atenção primária são ali com 13,5, onde a atenção primária é de muito mais alta complexidade de se organizar, de se operacionalizar, do que mesmo o que a gente chama de média e alta. [...] Então, 35,5% dos gastos de hospitais são do Ministério da Saúde, 50,5% são dos estados. E os estados deveriam também colocar mais recursos para organizar a atenção primária. Ocorre que esses recursos são canalizados para esses gastos nos hospitais, impedindo que a atenção primária cresça. (GESTOR 5).

Nós necessitamos de mais recursos pra atenção básica. As primeiras apresentações feitas pelo Ministério mostravam, com um gráfico, que dizia assim: “No SUS se gastou muito em saúde. O gasto público em saúde aumentou muito *per capita* nos últimos anos. Isso não pode continuar.” Quando, na verdade, é um sistema que tá subfinanciado. (INTELECTUAL ORGÂNICA).

Ou, ainda, na pouca priorização e valorização como modelo de atenção:

Acho que nunca vai ter o mesmo peso da média e alta complexidade, acho que hoje tem mais do que tinha há alguns anos, acho que a tendência é que ganhe mais espaço. Mas eu acho que a gente nunca vai ter o papel principal na organização do sistema não, porque esse trabalho, ele é desvalorizado dentro da lógica biomédica. (TRABALHADOR 2).

A atenção básica talvez não seja muito importante enquanto política para os gestores, só que, assim, a gente sabe muito bem que é uma porta de entrada: onde tudo acontece, onde tudo começa. (USUÁRIO 2).

Em diálogo com as falas, os dados no Ministério da Saúde de 2018 demonstravam que, dos 400.000 médicas/os vinculadas/os ao conselho de classe, 30.000 (7,5%) são da AB (ALMEIDA; ZANLORENSSI, 2018). Sobre as/os enfermeiras/os, 18,4% (do total de 414.712) atuavam em UBS em 2017 (MACHADO, 2017). Essas informações apontam que a baixa procura e fixação dos profissionais na AB se dá, dentre outros motivos: por baixa motivação e remuneração em comparação com profissionais de outros níveis de atenção; número insuficiente de trabalhadores qualificados; trabalho em equipe pouco desenvolvido ou promovido de forma insuficiente; preferência dos profissionais qualificados em hospitais e áreas urbanas; falta de apoio gestor; formação de pessoal para a saúde, na graduação e na pós-graduação, não alinhada às necessidades da prática de APS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Sobre a distorção no financiamento, quando comparado o repasse realizado para a atenção básica e para a média e alta complexidade (MAC), em 2019 e 2020, dos R\$126,0 bilhões e R\$164,7 bilhões de despesas executadas para a área da saúde, em cada ano respectivamente, 47,70% e 34,92% foram para a assistência hospitalar e ambulatorial, e 21,87% e 16,35% para a atenção básica respectivamente (BRASIL, 2021d). Os dados consolidam a não priorização da gestão nos gastos públicos direcionados à atenção básica, o que desencadeia os desafios impostos a/o trabalhadora/or mencionados e, conseqüentemente, uma insatisfação da população. Neste sentido, concordamos com Mendes (2018, p. 4) quando diz que “[...] o modelo de atenção em saúde deve orientar o processo de financiamento. Se na criação do SUS foi destacada a atenção primária, esta deve necessariamente ser orientada por um financiamento compatível à sua expressão conceitual mais ampla. ”

Apesar de a MAC possuir tecnologias mais caras e, devido a isso, os custos operacionais da AB serem mais baixos, em termos de resultados econômicos, a AB contribui diretamente para a redução de internações, levando à diminuição dos gastos no sistema (BARBOSA *et al.*, 2021). Mesmo cada vez mais desfinanciado, o SUS conseguiu expandir o modelo de AB através da ESF, inclusive a ribeirinhos, população de rua, presidiários, com resultados notáveis, especialmente por meio do investimento dos municípios brasileiros, utilizando receitas próprias, por vezes acima das definidas constitucionalmente (ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2017).

Ainda dentro da categoria relações de poder, debatemos a pandemia da Covid-19, em especial no que tange à AB. A primeira fonte de análise foi a quantidade de

vezes que, em cinco meses da crise sanitária, foram mencionados os termos “atenção básica”, “atenção primária”, “unidade/centro/posto de saúde” ou “agente comunitário de saúde” relacionados à pandemia nos sites das instituições analisadas.

Retirando as repetições, os termos foram citados nas notícias das instituições 42 vezes, sendo a minoria na FenaSaúde e na Rede Unida (1 vez cada) e a maioria no Ministério da Saúde (19 vezes). Algumas vezes, os termos não estavam no título da matéria, mas na descrição. Os temas versaram no geral sobre processo de trabalho, profissionais, enfrentamentos, repasse financeiro e fortalecimento (quadro 5).

Quadro 5 – Número de vezes e título da matéria em que os termos “atenção básica”, “atenção primária”, “unidade/centro/posto de saúde” ou “agente comunitário de saúde” foram mencionados no período de março a agosto de 2020

(continua)

	FenaSaúde	Abrasco	Fiocruz	Rede Unida	Cebes	Ministério da Saúde
MARÇO	0	1-Criação da ADAPS – ataque ao SUS em meio à crise do coronavírus (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2020a).	1-Fiocruz se une a instituições de acervo para doar máscaras e luvas a unidades de saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020). 2- Entrevista: Márcia Morosini fala sobre o papel dos ACS em momentos de emergência (TAVERES, 2020).	0	1-Criação da ADAPAS – ataque ao SUS em meio à crise do coronavírus (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2020a).	1-90% dos casos de coronavírus podem ser atendidos nos postos de saúde (BRASIL, 2020s). 2-Postos de saúde adotam método que agiliza atendimento de casos suspeitos (BRASIL, 2020t). 3-Saúde chama 5 mil médicos contra o coronavírus (BRASIL, 2020u). 4-Mais de 4 mil médicos se inscreveram para atuar nos postos de saúde (BRASIL, 2020v).
ABRIL	0	2-Entidades enviam carta ao Ministro sobre o risco de disseminação da Covid-19 nas unidades básicas de saúde (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2020b). 3-Webinar: Atenção Primária à Saúde para pessoas idosas durante a crise da Covid-19 (FLAESCHEN, 2020a).	3- O papel da Atenção Primária à Saúde no controle da epidemia (GUIMARÃES, 2020) 4- Covid-19: a saúde dos que estão na linha de frente (TAVARES, 2020). 5- Covid-19: Fiocruz produz material didático para trabalhadores da saúde (NEVES, 2020).	1-O cuidado em território salva vidas: considerações sobre a atenção básica elaboradas pelo Fentas (OLIVEIRA ET AL, 2020).	2-APS na rede de enfrentamento da Covid-19 (GIOVANELLA, 2020).	5-Postos de saúde do SUS terão consulta virtual (BRASIL, 2020w). 6-Profissionais de saúde serão capacitados contra o coronavírus (BRASIL, 2020x).

Quadro 5 – Número de vezes e título da matéria em que os termos “atenção básica”, “atenção primária”, “unidade/centro/posto de saúde” ou “agente comunitário de saúde” foram mencionados no período de março a agosto de 2020

(continuação)

	FenaSaúde	Abrasco	Fiocruz	Rede Unida	Cebes	Ministério da Saúde
MAIO	0	<p>4-Fortalecer a Estratégia Saúde da Família no enfrentamento da Covid-19 – Posicionamento da Rede APS, da Abrasco (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2020c).</p> <p>5-Pesquisa: Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS (FLAESCHEN, 2020b).</p>	6- Fiocruz lança cartilhas para orientar profissionais de saúde (NEVES, 2020).	0	0	<p>7-Estados e municípios terão R\$ 2,2 bilhões para COVID-19 e assistência à saúde da população (BRASIL, 2020y).</p> <p>8-Nota Conjunta nº 02/2020 do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS sobre assinatura de portarias conjuntas para ações de enfrentamento ao coronavírus (BRASIL, 2020z).</p> <p>9-Mais de 3,3 mil médicos estão atuando no combate ao coronavírus (BRASIL, 2020aa).</p> <p>10-Postos de saúde de todo o país terão acesso à internet (BRASIL, 2020ab).</p>
JUNHO	1-Pandemia deve deixar mais atenção primária e mais prevenção como saldos positivo (FENASAÚDE, 2020).	<p>6-Articulação entre vigilância e atenção primária: papel da comunidade é destacado em painel (MARTINS, 2020a).</p> <p>7- Abrasco participa de audiência pública no RS sobre Atenção Básica e Covid-19 (REIS, 2020a).</p>	7- Agentes de saúde na mira da Covid-19 (ANTUNES, 2020)	0	<p>3-A urgente necessidade de mudança no protocolo de manejo clínico da AB diante da pandemia de Covid-19 (WELZ, 2020).</p> <p>4-Participe da pesquisa: “Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS” (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2020b).</p>	<p>11-Mais de 760 municípios já podem implantar Centros de Atendimento para enfrentamento da Covid-19 (BRASIL, 2020ac).</p> <p>12-Saúde passa a testar casos leves de Covid-19 (BRASIL, 2020ad).</p> <p>13-Mais de 970 mil profissionais de saúde cadastrados para atuar no combate à Covid-19 (BRASIL, 2020ae).</p>

Quadro 5 – Número de vezes e título da matéria em que os termos “atenção básica”, “atenção primária”, “unidade/centro/posto de saúde” ou “agente comunitário de saúde” foram mencionados no período de março a agosto de 2020

(conclusão)

	FenaSaúde	Abrasco	Fiocruz	Rede Unida	Cebes	Ministério da Saúde
JULHO	0	0	0	0	5-Podcast sobre a importância ignorada da Atenção Básica na epidemia (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2020c).	14-Saúde credencia Centros para enfrentamento da Covid-19 em favelas (BRASIL, 2020af). 15-Municípios receberão até R\$ 500 milhões por desempenho nos serviços da Atenção Primária (BRASIL, 2020ag). 16-Centro de Atendimento no Rio faz diagnóstico e tratamento precoce da Covid-19 (BRASIL, 2020ah). 17-Mais 1.615 Centros de Atendimento da COVID-19 são credenciados (BRASIL, 2020ai). 18-Ministério da Saúde reforça ação pelo enfrentamento à Covid-19 na região Sul (BRASIL, 2020aj). 19-País alcança a marca de 17 mil testes de Covid-19 por dia (BRASIL, 2020ak).
AGOSTO	0	8-Profissionais da APS: uso de celulares pessoais, falta de equipamentos e engajamento (REIS, 2020b). 9-Rede APS apresenta primeiros resultados de pesquisa na Ágora Abrasco (MARTINS, 2020b).	8-Pesquisa com Agentes Comunitários de Saúde durante a Covid-19 apresenta primeiro balanço (NEVES, 2020). 9- Covid-19: Pesquisa aponta necessidade de investir em APS (LEONEL, 2020).	0	0	0

Fonte: as autoras.

Os dados coletados apontam algumas contradições. A primeira é a de que a maioria das instituições relacionadas com o movimento da reforma sanitária pouco se referiram à atenção básica (e outros termos correlacionados) durante o período analisado, com destaque positivo para a Abrasco e negativo para a Rede Unida. Esse dado reforça uma contradição que existe dentro do próprio SUS, já que, ao mesmo tempo que a atenção básica é considerada, inclusive por essas instituições, como a porta de entrada principal, ordenadora da rede de atenção e matriz central do SUS, ao longo da sua existência, como vimos em diversos momentos desta pesquisa, ela foi e é preterida dentro do sistema de saúde, e nesse cenário de pandemia não foi diferente. Então, mencionar pouco a AB ou sequer mencioná-la, como se deu por vários meses, é uma maneira de enfraquecê-la e invisibilizá-la relativamente ao SUS e na sociedade.

Todavia, é importante destacar que, apesar da insuficiente exposição feita à atenção básica, essas instituições, quando assim o fizeram, partiram em defesa de uma AB forte e preparada para enfrentar a pandemia, tendo em vista o caráter comunitário e territorial dela:

Uma atenção primária forte tem uma atuação intersetorial que é importante para você lidar socialmente com os prejuízos de uma epidemia como essa [...]. Quanto mais ampla e universal a Atenção Primária à Saúde for, mais consistente é esse sistema, mais você vai ter informações e melhor vai poder identificar quem são as pessoas que enfrentam, durante e após a epidemia, situações de dificuldade que necessitam de ação pública [...]. O recurso pode ser federal, mas a informação é local. (GUIMARÃES, 2020, não paginado).

A ação centralizada em serviços especializados, não será suficiente para enfrentar com êxito a disseminação da epidemia, em um país de dimensões continentais e desigualdades abissais. A Estratégia Saúde da Família, com seu enfoque comunitário e territorial, tem um papel importante na rede assistencial de cuidados, e é imprescindível na abordagem comunitária necessária no enfrentamento de qualquer epidemia. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2020c, não paginado).

O modelo da APS brasileira com suas equipes de saúde da família e enfoque comunitário e territorial que tem tido comprovados impactos positivos na saúde da população tem um papel importante na rede assistencial de cuidados e pode contribuir para a abordagem comunitária necessária no enfrentamento de qualquer epidemia. (GIOVANELLA, 2020, não paginado).

A atenção básica é nossa melhor forma de enfrentar a pandemia por dentro do SUS. [...] Não é mais possível escondermos a atenção básica, que precisamos preservar a vida dos brasileiros e brasileiras. (OLIVEIRA *et al.*, 2020, não paginado).

Outra contradição que percebemos foi referente ao Ministério da Saúde. Apesar de essa instituição ter mencionado várias vezes a atenção primária (como assim a definem) associada à Covid-19, demonstrando, inclusive, uma suposta preocupação com seu fortalecimento, sua prática contradiz o discurso. Um exemplo desta afirmativa foi que em março/2020 ao mesmo tempo que em matéria o MS alegava que “90% dos casos de coronavírus podem ser atendidos nos postos de saúde” (BRASIL, 2020s) e anunciava a presença de novos profissionais para a atenção básica (BRASIL, 2020u, 2020v), sancionava a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2020a) e instituições doavam máscaras e luvas a unidades de saúde por falta de EPI (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020):

Em plena pandemia, onde se precisa maximizar esforços de disponibilidade de força de trabalho, o Governo Bolsonaro irá realizar um “cavalo de pau” nas ações de provimento nacional para os serviços da Estratégia Saúde da Família, o que poderá piorar sobremaneira as condições de acesso da população a serviços de saúde em diversas das áreas mais vulneráveis socialmente do Brasil. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2020a, não paginado; CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2020a, não paginado).

[...] Em relação à presença dos equipamentos nas unidades de saúde, os profissionais da APS relataram estar “sempre disponíveis” luvas (85,7%); máscara cirúrgica (67,2%); máscara N95 (30,0%); óculos ou elmo (62,7%); e avental impermeável (31,9%). Além disso, quando o estudo considerou a existência de todos os EPI, o acesso a esse conjunto foi referido por apenas 21,7% dos profissionais entrevistados, com diferenças entre as regiões brasileiras (16,1% no Nordeste e 38,5% no Sul). Quase 90% dos gestores relatam dificuldade de compras dos equipamentos. (NEVES, 2020, não paginado).

Nos meses subsequentes, o MS publicitou: “Profissionais de saúde serão capacitados contra o coronavírus” (BRASIL, 2020x), “Postos de saúde de todo o país terão acesso à internet” (BRASIL, 2020ab), “Nota Conjunta n. 02/2020 do Ministério da Saúde, Conass e Conasems sobre assinatura de portarias conjuntas para ações de enfrentamento ao coronavírus” (BRASIL, 2020z), “Saúde passa a testar casos leves de Covid-19” (BRASIL, 2020ad). No entanto, a pesquisa Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS (BOUSQUAT *et al.*, 2020), já anteriormente referida, apontou dados controversos às medidas que teriam sido anunciadas pelo MS:

Quanto à disponibilidade de insumos, o termômetro infravermelho foi considerado suficiente por apenas 18,7% dos profissionais entrevistados, de oxímetros por 35,6%, de oxigênio por 34,7% e o acesso a teste RT-PCR para Covid-19 por apenas 18,9%. Além disso, mais da metade dos profissionais (55%) relataram que não há acesso ao teste RT-PCR, fundamental para diagnóstico, notificação, busca de contatos e alta dos pacientes. (LEONEL, 2020, não paginado).

Somente 34% dos profissionais das equipes de atenção primária à saúde (APS) informaram ter recebido capacitação sobre Covid-19 e sobre uso de equipamento de proteção individual [...] quando esses dados foram analisados separadamente, a capacitação chegou a 41,1% para EPI e 54,2% sobre Covid-19. (LEONEL, 2020, não paginado).

O número crescente de casos e de óbitos causa pânico entre os ACS e ACE, e também não tivemos nenhum preparo para enfrentar a doença, de como devemos nos comportar nas nossas visitas domiciliares. (NEVES, 2020, não paginado).

Uma das principais reivindicações das categorias hoje, além da garantia dos EPIs, é a elaboração de um protocolo unificado para as visitas domiciliares e de ações para esses trabalhadores no contexto da pandemia, que seja desenvolvido em conjunto pelos conselhos que representam os secretários de saúde municipais (Conasems), estaduais (Conass) e pelo Ministério da Saúde. (ANTUNES, 2020, não paginado).

Diante do exposto, percebe-se que a pandemia ressaltou as já presentes contradições no que tange à relação dos níveis de atenção à saúde dentro do SUS, e, mais uma vez, a atenção básica ficou em “último lugar nesta corrida”.

Dentro desses cenários, é coerente pensar um argumento em torno da existência de um pensamento abissal apresentado por Santos (2007); de um colonialismo interno, por González Casanova (2007); de determinantes políticos da saúde (OTTERSEN *et al.*, 2014).

Sobre o primeiro, quando colocamos uma espécie de fronteira sobre a atenção básica, remetemo-nos à ideia de uma linha abissal ideológica, epistemológica e política: nos lados opostos dessa linha, são concebidos campos de desafios epistêmicos e de poder que disputam diferentes e opostos projetos de sociedade. Para tentar entender o que isso significa, cabe lembrarmos aspectos essenciais: os públicos que majoritariamente são assistidos pela AB são mulheres negras, idosos, pessoas de menor renda e escolaridade e índios; seu maior contingente profissional são os ACS e ACE, que, como vimos, em sua maioria, são mulheres negras sem ensino superior; esse nível de atenção tem a sua base estrutural sustentada em lutas e resistências para manutenção de uma saúde solidária, territorial, universal, integral, equitativa, abrangente e democrática.

Olhando a partir dessas lentes, e considerando o contexto político e ideológico da saúde brasileira nos últimos anos, vê-se que mais que dados e indicadores epidemiológicos, a pandemia, no que concerne à atenção básica, reacendeu mais uma representação clara da relação de “outredade” (FREIRE, 1987) interna no Brasil, remetendo-nos ao nosso segundo argumento, ou seja, a um tipo de colonialismo interno (GONZÁLEZ CASANOVA, 2007) que, além de político é ontológico.

Por fim, podemos realizar a leitura a partir dos determinantes políticos da saúde. Há evidências da relação entre ideologias políticas e interesses pessoais e a formulação de políticas e processos relevantes para a saúde (FERRIE, 2015). Para Kickbusch (2006, p. 7, tradução nossa), “A atual crise global de saúde não é principalmente de doenças, mas de governança [...]”, que falha em proteger a saúde pública especialmente das populações mais vulneráveis, marginalizadas e pobres. Participam desse processo diferentes atores com variações de graus de poder; entre eles destacam-se Estados, empresas transnacionais e sociedade civil. As decisões, políticas e ações que surgem da interação desses atores podem causar ou manter as iniquidades sobre a saúde das populações e dos próprios sistemas de saúde.

Pela correlação dos motivos apresentados, podemos começar a entender o porquê de a AB ter sido muitas vezes negligenciada e o porquê de o lugar e o papel da atenção básica terem sido constantemente enfraquecidos e invisibilizados no atual cenário pandêmico, talvez por ser inserida no SUS como a política que mais se aproxima do caráter social, comunitário e popular, atributos pouco rentáveis ao mercado; pela sua base estrutural; ou, ainda, porque não interessa às forças conservadoras, neoliberais, neocoloniais, neofascistas, autocráticas e capitalistas uma atenção básica forte para o povo ter justiça social, cognitiva e ecológica. Assim, a Covid-19 veio para nos lembrar do colonialismo interno e das abissalidades, de diversas ordens, que vivemos na saúde e na sociedade brasileira.

6.4 MATRIZ PÓS-ABISSAL/DESCOLONIAL DE ANÁLISE DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

As considerações feitas até aqui colocam o desafio de saber quais os passos no sentido de uma mudança política e epistemológica na atenção básica brasileira diante do contexto de crises política, social, econômica e epistêmica acentuadas nos

últimos anos. Ou seja, colocam o desafio sobre um direcionamento para repensa-la a partir de um giro no sentido de descolonizá-la.

A descolonização da atenção básica requer não apenas mudanças políticas, financeiras, epidemiológicas, acadêmicas e assistenciais, que podem ser representadas por meio de ações de saúde a partir das realidades dos contextos locais; estudos que considerem os diversos perfis epidemiológicos numa perspectiva crítica; recuperar políticas públicas intersetoriais que deem suporte ao cuidado da população alinhado às iniciativas populares e as necessidades locais; aprofundar o uso de instrumentos participativos e de novas formas de comunicação social e educação popular; agir a partir do trabalho coletivo no âmbito social com perspectiva humanizadora e emancipadora de todas as classes sociais (MENDONÇA; MELO; SPADACIO, 2021). Mas sobretudo, transformações profundas das hierarquias sexuais e de gênero, espirituais, epistêmicas, ideológicas e raciais desse sistema mundo moderno/colonial em que vivemos.

Desta forma, a partir de Basile (2021, p. 67-68, tradução nossa), para pensarmos uma atenção básica descolonial e pós-abissal, é necessário:

1- Assumir que os sistemas de saúde são construções históricas como resultado de relações sociais, culturais, políticas e econômicas condensadas nas instituições de saúde de uma esfera pública ampliada (estadual e não estatal). Ou seja, não são simples aparatos ou corpos administrativos burocráticos do Estado ou elucubrações tecnocráticas de uma expertise esclarecida dos trabalhadores da saúde (burocracias) ou da grandeza de uma autoridade sanitária governamental. 2- Os sistemas de saúde são bens públicos, comuns e coletivos expressos nas várias esferas públicas dos territórios, territorialidades e espaços sociais de saúde e de vida em sociedade. Não são apenas materializações de serviços, estabelecimentos (hospitais e postos de saúde) e tecnologias positivas. 3- Configuram as relações de poder em uma sociedade, indicando, de acordo com a hegemonia dominante na relação Sociedade-Estado, o tipo de institucionalidade e materialidade da política e do sistema de saúde. 4- Resultam de um novo saber-fazer resultante de uma revisão crítica, onde a organização dos sistemas de saúde reúne quadros institucionais e materiais a partir dos quais procura enfrentar as determinações sociais da saúde e da vida. Isso inclui uma capilaridade institucional e social que se produz a partir dos modos de vida dos territórios e territorialidades. 5- Os sistemas de saúde são construções e decisões das sociedades por meio das instituições estatais e não estatais. Não apenas uma perspectiva médico-política de um instrumento de atendimento e cura de danos sociais ou de um mercado oferta-demanda estruturado e desregulamentado.

Neste sentido, as perspectivas pós-coloniais e descoloniais vêm apontando caminhos importantes para pensar os desafios desses tempos, sejam eles teóricos ou práticos, pois, mais que determinações acadêmicas, tentam se configurar como

projetos de sociedade que tragam de volta a comovisão do mundo retirada pelo colonialismo e capitalismo, e com isso reestabeleçam a vida em comunidade, a solidariedade e a construção de laços.

Dessa forma, os discursos representativos das/os participantes enquadradas na categoria “atenção básica pós-abissal”, em decorrência das questões: “Entendendo o conceito de colonialidade de forma mais ampla, ou seja, uma relação de apropriação, violência, subalternização de saber, poder e ser, você diria que a AB tem vivido processos de colonialidade? Se sim, qual sua sugestão para sua descolonização?” apontaram uma visão propositiva, de resistência e de possibilidades frente as contrarreformas e desmontes políticos e epistemológicos os quais a atenção básica tem vivenciado. As falas abordaram aspectos referentes ao saber, como expostas:

Interagir as várias profissões e saberes com o usuário e com o território. (GESTOR 1).

Precisa ter pesquisa para saúde da família [...] você só vai conseguir ter força política se tiver conhecimento novo. (IDEALIZADOR 1).

Trabalhar aspectos mais amplos na formação dos seus profissionais. (IDEALIZADOR 2).

Investir na formação, qualificar o modelo formativo. (IDEALIZADOR 2).

Fazer uma adequação a partir até da própria formação. (TRABALHADOR 5).

Entender o processo junto com ele, correr o risco de errar, avaliar. (GESTOR 2).

Divulgar os resultados que nós estamos produzindo. (GESTOR 2).

Produção do conhecimento para a AB. (GESTOR 1).

Formação de especialista na AB. (GESTOR 5).

Visibilizar a epistemologia brasileira da atenção básica. (TRABALHADOR 3).

Conhecer a história. (IDEALIZADOR 1).

No que tange ao poder:

Disputem mais dentro das universidades, disputem nas comunidades. (USUÁRIO 2).

Entender saúde como um direito dentro da perspectiva de contradição da sociedade capitalista. (MOVIMENTO SOCIAL).

Luta econômica e luta política. (MOVIMENTO SOCIAL).

Definir uma nova estrutura de relação hierarquizada com a média e a alta complexidade. (IDEALIZADOR 2).

Precisa de mais forças, precisa que as entidades de classe, os próprios usuários, que são os maiores prejudicados nessa história toda, acordem e venham para dentro dessa luta. (TRABALHADOR 5).

Nós temos que ir para o enfrentamento mesmo, efetivo. (TRABALHADOR 5).

União entre as pessoas que estão dentro do SUS. (GESTOR 3).

Sair de um sistema fragmentado para as redes [...] para um modelo de organização que nós chamamos de poliárquica. (GESTOR 5).

Botar força para gente poder resistir e avançar contra esse plano de acelerar a extinção do Sistema Único de Saúde como sistema universal. (CNS 3).

Ampliar mais a relação com a sociedade. (GESTOR 2).

E ainda, em alusão ao ser, pôde-se correlacionar com as seguintes falas:

Resgatar o papel do agente comunitário de saúde. (TRABALHADOR 5).

Chegar mais perto da comunidade, capilarizar o debate. (TRABALHADOR 4).

Visão de ator coletivo, de autor coletivo. (GESTOR 2).

Pegar o que nós propomos, enquanto SUS, enquanto país lá no início, de protagonismo, e fazer com que ela seja realmente protagonista. (GESTOR 3).

Vulnerabilidade no Brasil tem a ver com raça, tem a ver com a intolerância a orientação sexual, tem a ver com a pobreza, com questões ambientais. (GESTOR 1).

Fortalecimento do controle social ali também do território. (GESTOR 5).

Voltar para o que já tem de construção brasileira com relação a isso dos nos nossos autores e autoras brasileiras que trazem o que seria atenção básica brasileira. (TRABALHADOR 3).

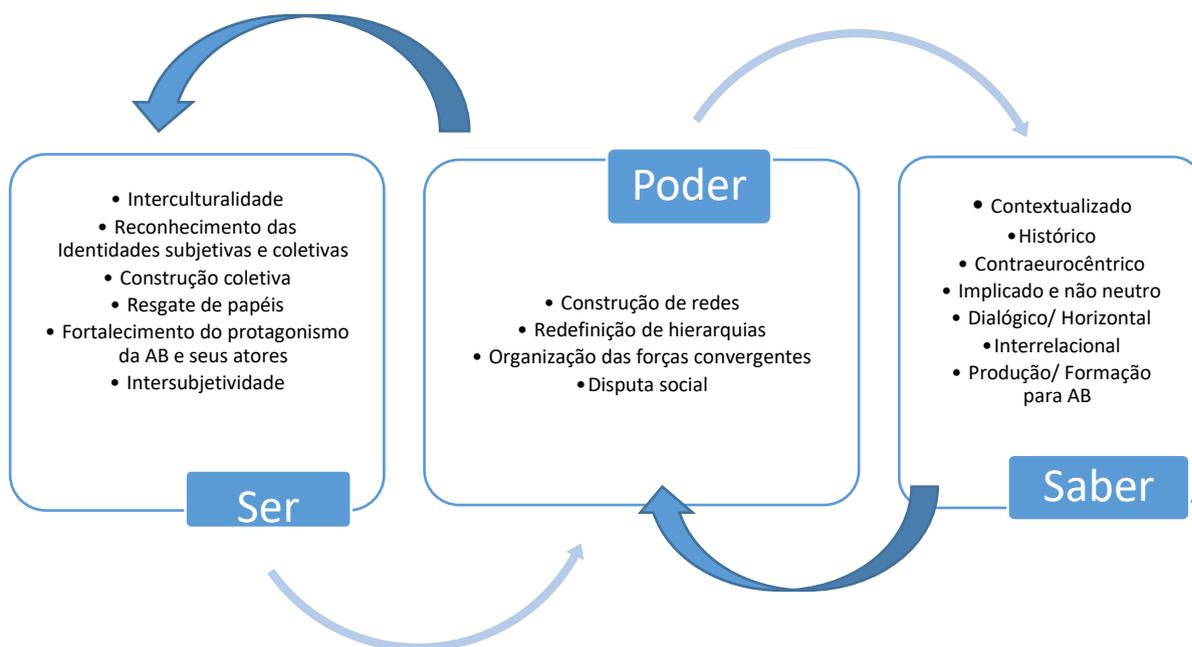
Fortalecer o controle social. (INTELECTUAL ORGÂNICA).

Com isto, utilizando tais discursos e associados a perspectiva utópica e (re) transformadora das ideias de pós-abissalidade e giro descolonial, propomos a construção de uma matriz pós-abissal/descolonial de análise da atenção básica no Brasil (figura 3), a fim de contribuir à integração da ciência da saúde a uma epistemologia crítica a partir de categorias analíticas amplas.

Como já brevemente exposta nos percursos metodológicos, esta matriz foi construída com base na proposta da matriz metodológica para estudos descoloniais de Martins e Benzaquen (2017) à crítica descolonial à ontologia hegemônica. Para os autores, essa ontologia, por meio da articulação entre conhecimento (ciência), poder (Estado) e sujeito (homem europeu), se assenta na modernidade eurocêntrica e se fundamenta na perspectiva do progresso a partir da referência do homem branco/cis/hetero europeu e da perspectiva de controle da natureza não humana. A matriz construída, obtendo como base as faces da colonialidade – ser, saber e poder –, bem como com a ideia de marcadores como (de colonialidade e de descolonialidade): “dispositivos simbólicos, morais, estéticos e cognitivos que são mobilizados na dinâmica de reprodução dos sistemas sociais, não sendo fixos mas flutuantes de acordo com a perspectiva analítica” (p. 24) – “objetiva equalizar diferentes saberes na produção de uma crítica social mais consistente, favorecendo a organização de redes transnacionais de pesquisadores que possam compartilhar com mais intensidade e profundidade ideias e reflexões” (p. 20).

No mesmo caminho, a matriz descolonial/pós-abissal de análise da atenção básica, de caráter cíclica, tendo em consideração que todas as categorias e marcadores se inter-relacionam, não visa ser um engessamento metodológico e que se esgote em si mesma, mas pretende contribuir com pistas e direcionamentos para que os estudos nos campos das ciências humanas da saúde, pós-coloniais, descoloniais e os movimentos sociais possam (re)olhar a atenção básica de forma desafiante, no entanto, esperançosa e utópica nos sentidos freireano, ou seja, como um modo de estar-sendo-no-mundo, através do conhecimento da realidade (FREIRE, 2014). Desta forma, trata-se de um constructo que, a partir dos discursos dos diversos sujeitos participantes deste estudo expressos na categoria de análise atenção básica pós-abissal, tenta ser uma construção coletiva, dialógica e dinâmica de ideias e vivências.

Figura 3 – Matriz descolonial/pós-abissal de análise da atenção básica



Fonte: as autoras.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encerrando esta fase através do debate com as perguntas e os objetivos propostos, trouxemos algumas reflexões pouco usuais no âmbito da atenção básica para tentar contribuir à ampliação da sua análise e, conseqüentemente, à produção e reprodução de seus saberes e práticas.

Resgatando as duas primeiras perguntas norteadoras: “Como se expressou o pensamento abissal sobre e na atenção básica à saúde entre 2016 e 2020? Como as faces da colonialidade se relacionaram com a atenção básica à saúde entre 2016 e 2020?” e o objetivo: “Analisar o pensamento abissal (os saberes que orientaram, os modelos em disputa e as relações de poder) que perpassou a política pública de atenção básica no Brasil de 2016 a 2020”, trazemos algumas considerações e contribuições.

De maneira geral, podemos considerar que, a partir dos sujeitos da pesquisa e da literatura utilizada, apesar de o pensamento abissal se expressar na AB antes de 2016, a partir desse período, em decorrência das contrarreformas ocorridas nessa política entre 2016 e 2020, refletindo em disputas no contexto político e ideológico. Diversas foram as mudanças estruturais de caráter epistemológico e ideológico que repercutiram no aprofundamento das colonialidades do saber, do poder e do ser, operacionalizando o pensamento abissal sobre a atenção básica no Brasil.

A primeira (colonialidade do saber) pôde ser percebida pelas conflituosas e hierárquicas relações de saber entre profissionais-usuários, interprofissionais e entre a academia-atenção básica-saber popular. Estas relações foram apontadas, de maneira geral, como construções verticalizadas e médico-centradas tanto no que confere ao usuário, quanto entre profissionais. Sobre a academia, foi verificado o seu ainda distanciamento da realidade e conseqüentemente uma frágil formação voltada para a atenção básica. Em ambos os aspectos, destacou-se negativamente a classe médica em comparação às demais.

O fortalecimento da colonialidade do poder se expressou: no resgate de um modelo de saúde que vai de encontro com a perspectiva ampla da atenção básica e se aproxima de uma atenção primária (seletiva) conforme alguns modelos internacionais; nas relações dinâmicas, conflituosas e permeadas de interesses presentes entre os setores da saúde públicos e privados; entre os níveis de atenção à saúde, nomeadamente entre a MAC e a AB e entre os atores em disputa. Também

percebeu-se este poder na invisibilização e no enfraquecimento da AB mediante a pandemia da Covid-19, destacadamente nos seis primeiros meses. Ainda, na relação entre colonialismo e capitalismo presentes na saúde, uma vez que a negação do acesso à saúde como direito fundamental e o enriquecimento de indivíduos e/ou sistemas de saúde em detrimento de outros são expressões da violência estrutural causada pelo capitalismo e colonialismo como sistemas que se retroalimentam.

Em relação aos aspectos da colonialidade do ser, este foi expressado na negação pelo direito de ser, de viver, de existir no mundo de acordo com a cultura, crença e forma de cuidado de cada povo e indivíduo. Foi percebida uma contínua tentativa de apropriar e excluir certos grupos sociais, fazendo com que caiba a estes o outro lado da linha abissal, o lado dos invisíveis, da apropriação e da violência sistêmica, pois, ao usurpá-los, são no fundo corpos que se dominam, que se colonializam com novos arranjos de controle e de seleção.

Pode-se apontar que estes processos de fortalecimento da colonização da atenção básica têm como fundamento o fato dela trazer o território como protagonista do processo de cuidado em saúde, mudando o pensamento e a epistemologia da saúde brasileira, sendo com isso um pensamento fronteiro ou pós-abissal. Isto implica pontuar uma resistência na atenção básica pela perspectiva: de tentar horizontalizar a relação de saber, poder e ser entre usuários-profissionais-interprofissionais, reordenando as hierarquias presentes na saúde; de estabelecer um cuidado mais intersetorial; de ser uma política relacional; e de aproximar os dois lados da linha abissal, política e ontológica, presentes na saúde, esperando o fim da abissalidade.

Desta forma, ela se constitui como um espaço de resistência às investidas capitalistas e neocoloniais de combater a ascensão de políticas sociais, pois pode-se inferir, que parece não interessar as forças conservadoras, neoliberais, neofascistas, autocráticas uma atenção básica forte, pois isso significa que grande parte da sociedade brasileira ao qual essas forças querem descartar ou continuar a oprimir e colonizar, tenha por vias da AB, o direito à saúde, a vida e a cidadania em sua forma mais ampla.

Assim, as contrarreformas ocorridas sobre a atenção básica representam não apenas mudanças de um governo, mas sobretudo as profundas faces da colonialidade e abissalidade, além de nos dizer que continuamos reproduzindo os modelos do Norte Global.

Como contraponto, ressalta-se a necessidade de descolonização da atenção básica. Para tal, é necessário reconstituirmos um pensamento complexo e tensionar um giro descolonial na saúde, por meio do inconformismo e da crítica; de mais amplas possibilidades de análises epistemológicas e políticas a partir do local e do Sul Global; da democratização e coletivização dos processos de mudança; da reforma de fato da formação em saúde; da compreensão histórico-estrutural que constrói a sociedade brasileira; e da defesa e retomada da reforma sanitária e da atenção básica enquanto modelo brasileiro de cuidado.

Sobre o último aspecto, mesmo sabendo que não é por si suficiente, quando dizemos atenção básica “à brasileira”, falamos, por exemplo: do trabalho em equipe multiprofissional com o ACS; de um sistema público com financiamento público; da presença da participação popular; da defesa intransigente da Estratégia de Saúde da Família como prioritária; da promoção da saúde como eixo fundamental, tudo em comum com o fortalecimento das bases da saúde coletiva.

Resgatar a construção da saúde coletiva e da atenção básica é condição essencial no atual cenário, em que a destruição da política começa, inclusive, com a tentativa de apagamento do seu percurso. Porém, é necessário (re)olhar as bases de luta com autocrítica suficiente para questionar as lacunas, ainda presentes, no que se refere a aspectos como racismo, patriarcado e colonialismo.

Além das contribuições, as limitações do estudo se fizeram presentes nas constantes mudanças do contexto político-social brasileiro durante a realização da pesquisa, culminando com um período prolongado de desgaste físico e emocional. Da mesma maneira, a chegada da pandemia da Covid-19 na fase de coleta de dados e de escrita, associada às medidas negacionistas do atual presidente e ao corpo técnico da saúde, geraram completo transtorno ao andamento da pesquisa. Do ponto de vista teórico, o afastamento do referencial teórico utilizado levou à necessidade de aprender enquanto fazia esta tese. Referente à literatura, a principal limitação se deu em virtude dos poucos estudos diretamente relacionados à atenção básica para o diálogo.

Como lacunas da pesquisa, ficou faltando abranger outros sujeitos menos institucionais e estudar mais sob o ponto de vista da micropolítica, porém com a complexidade da macropolítica, podendo ter sido observado o cotidiano de alguns profissionais em diferentes contextos, para perceber, em especial, o que se referia às relações de saber e poder na relação profissional-usuário e interprofissionais. Ainda, utilizar outras opções metodológicas mais condizentes com o escopo teórico da

pesquisa, apesar de entender que, para os sujeitos entrevistados, no contexto ao qual pertencem, as opções utilizadas foram as mais condizentes. Desta forma, essas lacunas, apesar de importantes limitações, podem apontar possibilidades para outras pesquisas.

No entanto, apesar das limitações, importa referir as fortalezas desta pesquisa para mim como pesquisadora, pois tive que aprender a lidar com as adversidades do contexto durante o processo de uma pesquisa, adaptando-a à realidade quantas vezes e das formas necessárias. E esta tese possibilitou a ampliação do meu escopo teórico conceitual, para além da saúde coletiva. Com isso, foi possível conhecer e me aproximar de novos (para mim) autores de diferentes realidades e países, além de iniciar minha inserção nos estudos sociológicos, o que certamente contribuiu para que esta e futuras pesquisas olhem a saúde a partir de pensamentos cada vez mais complexos.

Para os movimentos sociais que defendem o SUS e a atenção básica. Pretendemos, mesmo que de forma tímida, colaborar na reconstrução de uma agenda política estratégica para a atenção básica nos próximos anos, trazendo novos marcos analíticos e revisitando antigos preceitos que fazem parte da construção do SUS, iniciando pelo retorno da nomenclatura social e historicamente utilizada. Desta forma, pretendemos extrapolar o âmbito acadêmico e subsidiar debates, consultas e reflexões políticas.

Para a literatura, esta tese contribuirá com a ampliação da possibilidade de discurso e análise da atenção básica a partir de outros referenciais acrescidos àqueles comumente utilizados nos estudos da saúde coletiva brasileira.

Para a operacionalização da atenção básica, por meio das provocações e análises, favorecerá a revisão dos saberes e práticas dos profissionais, da gestão, da academia sobre esta política de saúde, mas também a ampliação conceitual da atenção básica como um fazer saúde. Com isso, apoiará práticas de cuidado cada vez mais integrais, equitativas, universais, participativas a partir de olhares múltiplos e complexos, entendendo que a atenção básica é mais que uma política de saúde. Falar da AB é falar sobre as marcas das desigualdades políticas e sociais sob as quais ela é produzida.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASIL. **SUS é mais do que uma política de saúde pública**. São Paulo: Agência Brasil, 2018. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/noticias/noticias-do-mercado/sus-e-mais-do-que-uma-politica-de-saude-publica-diz-pesquisador/#:~:text=%E2%80%9CQuando%20os%20conservadores%2C%20os%20liberais,oferecida%20apenas%20para%20os%20pobres%E2%80%9D>. Acesso em: ago. 2020
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa n. 440, de 13 de dezembro de 2018**. Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Brasília: ANS, 2018. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY2MQ==>. Acesso em: jun. 2021.
- ALCORTA, E. G. **CoronaChoque e Patriarcado**. Tricontinental, 2020. Disponível em: <https://thetricontinental.org/pt-pt/estudos-4-coronachoque-e-patriarcado/>. Acesso em: ago. 2021.
- ALMEIDA, R.; ZANLORENSSI, G. Médicos no Brasil: onde estão, quais as especialidades e quem atende pelo SUS. **Nexos**, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/grafico/2018/04/23/M%C3%A9dicos-no-Brasil-onde-est%C3%A3o-quais-as-especialidades-e-quem-atende-pelo-SUS>. Acesso em: 27 jan. 2019.
- ALVES, R. **Conversas com quem gosta de ensinar**. São Paulo: Cortez, 1980.
- AMADO, J. **Manual de investigação qualitativa em educação**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2013.
- AMARAL, M. C. S.; PONTES, A. G. V.; SILVA, J. V. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 18, 2014. Supl. 2, p. 1547-1558.
- ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e Políticas de Saúde para a Atenção Primária – 1994 a 2019. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 2180, jan./dez. 2019.
- ANDRADE, S. R.; BOEHS, A.; BOEHS, C. G.; GORRIS, P. Mecanismos de controle da integração ensino-serviço no Pró-Saúde Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 56-62, 2015.
- ANTUNES, A. **Agentes de saúde na mira da Covid-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/agentes-de-saude-na-mira-da-covid-19>. Acesso em: 10 dez. 2021.

ANTUNES, A; MATHIAS, M. **Cobertura Universal de Saúde: a nova aposta do capital**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/cobertura-universal-de-saude-a-nova-aposta-do-capital>. Acesso em: abr. 2020.

ARAGÃO, E. I. S. *et al.* Padrões de Apoio Social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2339-2350, 2018.

ARAÚJO, C.; GONÇALVES, G.; MACHADO, J. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, mar. 2017.

ARCHIVO PITTORESCO. **Seminário ilustrado**. Lisboa: Typographia de Castro Irmão, 1866. v. 9, p. 80.

ARRUDA, M. **Metodologia da práxis e formação dos trabalhadores**. Rio de Janeiro: Pries/CS, 1988.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Contribuição da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de Atenção Primária**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2019b. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-ciencias-sociais-e-humanas-em-saude/contrituicao-dos-pesquisadores-da-rede-aps-ao-debate-sobre-as-recentes-mudancas-na-politica-de-atencao-primaria/43125/>. Acesso em: jan. 2021.

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

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Entidades enviam carta ao Ministro sobre o risco de disseminação da Covid-19 nas unidades básicas de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2020b. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/carta_ms_risco_ubs_covid_19/46432/. Acesso em: set. 2021

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Fortalecer a Estratégia Saúde da Família no enfrentamento da Covid-19 – Posicionamento da Rede APS**, da Abrasco. Rio de Janeiro: Abrasco, 2020c. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/especial-coronavirus/fortalecer-a-estrategia-saude-da-familia-no-enfrentamento-da-covid-19/47785/>. Acesso em: set. 2021.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR. **Direção Geral da Saúde exclui enfermeiros e secretários clínicos das equipas de saúde familiar no combate ao COVID-19**. Porto: USF-AN, 2020. Disponível em: <https://www.usf-an.pt/usf-an/direcao-geral-da-saude-exclui-enfermeiros-e>

secretarios-clinicos-das-equipas-de-saude-familiar-no-combate-ao-covid-19/. Acesso em: out. 2021.

AYRES, J. R. **Epidemiologia e emancipação**. São Paulo: Hucitec, 2002.

BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificção. *In*: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (org.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 115-128.

BAHIA, L. **Ministro contra a Saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniao/ministro-contra-saude-por-ligia-bahia/28600/>. Acesso em: 23 ago. 2021.

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00067218, 2018.

BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

BALLESTRIN, L. M. A. Colonialidade e Democracia. **Revista Estudos Políticos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 191-209, 2014.

BALLESTRIN, L. M. A. Modernidade/Colonialidade sem “Imperialidade”? O Elo Perdido do Giro Descolonial. **Revista de Ciências Sociais**, Fortaleza, v. 60, n. 2, p. 505-540, 2017.

BANCO MUNDIAL. **A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90**. Relatório final. Washington: BC, 1995. Disponível em: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/421811468239375008/a-organizacao-prestacao-e-financiamento-da-saude-no-brasil-uma-agenda-para-os-anos-90>. Acesso em: 10 ago. 2021.

BANCO MUNDIAL. **Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro**. Washington: BC, 2019. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-doSUS.pdf>. Acesso em: 2 set. 2019.

BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993**: investindo em saúde. Relatório final. Rio de Janeiro: BC, 1993. Disponível em: <http://repositoriosanitaristas.conasems.org.br/jspui/bitstream/prefix/1005/1/Relat%C3%B3rio%20sobre%20o%20Desenvolvimento%20Mundial%201993-%20investindo%20na%20sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 5 de ago. 2021.

BANCO MUNDIAL. **Um ajuste justo**: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Síntese. v. 1. Banco Mundial, 2017.

BARBOSA, A. C. *et al.* Eficiência e gestão pública em saúde na APS. **APS em Revista**, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, p. 130-139, 2021.

BARROS, B. T. S.; BRITO, A. E. C. A política de saúde sob o governo Temer: aspectos ideológicos do acirramento do discurso privatista. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano XXII, n. 44, p. 67-86, maio/ago. 2019.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BARROS, R. **Planos de saúde populares podem estar disponíveis ainda este ano**. São Paulo: Agência Brasil, set. 2017. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-09/planos-de-saude-populares-podem-estar-disponiveis-ainda-este-ano>. Acesso em: 10 abr. 2021.

BASILE, G. Teoría crítica y Sistemas de salud. *In*: BASILE, G.; REYES, A. H. **Refundación de los sistemas de salud en América Latina y El Caribe: descolonizar las teorías y políticas**. Buenos Aires: Clacso, 2021. p. 19-64.

BASTOS, R. F.; GONÇALVES, T. M. Contribuições de boaventura de sousa santos para a educação brasileira. **Revista Pró-Discendente**, Vitória, v. 21, n. 2, p. 26-38, 2015.

BEHRING, E. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Políticas sociais: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2008.

BENZAQUEN, J. F. **Universidade dos movimentos sociais: apostas em saberes, práticas e sujeitos descoloniais**. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2012.

BERBERT, L. M. V. **O sacrifício dos “outros”**: eurocentrismo na educação e análise da proposta curricular para a educação básica de Santa Catarina a partir da lei 10.639/03. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

BETANCOURT, J. *et al.* Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. **Public Health Reports**, v. 118, n. 4, p. 293-302, 2003.

BHABHA, H. **The Location of Culture**. London: Routledge, 1994.

BHAMBRA, G. Postcolonial and descolonial dialogues. **Postcolonial Studies**, London, v. 17, n. 2, p. 115-121, 2014.

BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. **Physis**: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 7-11, 1991.

BIRN, A.; KREMENTSOV, N. 'Socialising' primary care? The Soviet Union, WHO and the 1978 Alma-Ata Conference. **BMJ Global Health**, Berkeley, n. 3, 2018. Suppl 3, p. e000992.

BLOCH, E. **The principle of hope**. Mass: MIT Press, 1995.

BOELEN, Charles. **Towards Unity for Health: Challenges and Opportunities for Partnership in Health**. Geneva: Department of Organization of Health Services Delivery, 2000.

BORGHI, C. O.; OLIVEIRA, R. M.; SEVALHO, G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 869-897, 2018.

BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 321-333, 2010.

BOSCHETTI, I. Expropriação de direitos e reprodução da força de trabalho. *In*: BOSCHETTI, I. (org.). **Expropriação e direitos no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2018. Cap. 4, p. 131-165.

BOSCHETTI, I. O sentido de Estado social capitalista. *In*: BOSCHETTI, I. **Assistência Social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016. Cap. 1, p. 122-137.

BOUSQUAT, A. *et al.* **Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS**. Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: Abrasco, 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/>. Acesso em: set. 2021.

BRAGON, R. *et al.* No 1º ano de Bolsonaro, educação, saúde e social pioram, criminalidade recua e economia vê equilíbrio. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/02/no-1o-ano-de-bolsonaro-educacao-saude-e-social-pioram-criminalidade-recua-e-economia-ve-equilibrio.shtml>. Acesso em: nov. 2020.

BRASIL. **90% dos casos de coronavírus podem ser atendidos nos postos de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020s. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46522-90-dos-casos-de-coronavirus-podem-ser-atendidos-nos-postos-de-saude>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Balanco de dois anos do Governo do Presidente Jair Bolsonaro**. Brasília: Presidência da República, 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/dois-anos-de-avancos/imagens/balanco-2-anos.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores**. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2020a.

BRASIL. **Centro de Atendimento no Rio faz diagnóstico e tratamento precoce da Covid-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020ah. Disponível em:

<https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47234-centro-de-atendimento-no-rio-faz-diagnostico-e-tratamento-precoce-da-covid-19>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Cobertura da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.

Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 20 set. 2021

BRASIL. **Decreto n. 10.283, de 20 de março de 2020**. Institui o Serviço Social Autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps. Brasília: Presidência da República, 2020f. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10283.htm.

Acesso em: 13 jun. 2021.

BRASIL. **Decreto n. 9.795, de 17 de maio de 2019**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. Brasília: Presidência da República, 2019d. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm.

Acesso em: 13 jun. 2020.

BRASIL. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2016a. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. **Estados e municípios terão R\$ 2,2 bilhões para Covid-19 e assistência à saúde da população**. Brasília, 2020y. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/estados-e-municipios-terao-r-2-2-bilhoes-para-covid-19-e-assistencia-a-saude-da-populacao>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o parágrafo 3º da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e outras providências. Brasília: Presidência da República, 2012a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm

Acesso em: out. 2021

BRASIL. **Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2002. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/99888/lei-10507-02>. Acesso em: out. 2020

BRASIL. **Lei n. 12.711, de 29 de agosto de 2012.** Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2012b. Disponível em: 195 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>. Acesso em: maio 2020.

BRASIL. **Lei n. 13.467, de 13 de julho de 2017.** Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis n. 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília: Presidência da República, 2017a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm. Acesso em: 10 jul. 2021.

BRASIL. **Lei n. 13.958, de 18 de dezembro de 2019.** Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Brasília: Ministério da Saúde, 2019l. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm. Acesso em: 13 jun. 2020.

BRASIL. **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. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: set. 2020

BRASIL. **Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Presidência da República, 1996b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Mais 1.615 Centros de Atendimento da Covid-19 são credenciados.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020ai. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/mais-1-615-centros-de-atendimento-da-covid-19-sao-credenciados>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Mais de 3,3 mil médicos estão atuando no combate ao coronavírus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020aa. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46884-mais-de-3-3-mil-medicos-estao-atuando-no-combate-ao-coronavirus>. Acesso em: set. 2021

BRASIL. Mais de 4 mil médicos se inscreveram para atuar nos postos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020v. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46546-mais-de-4-mil-medicos-se-inscreveram-para-atuar-nos-postos-de-saude>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. Mais de 760 municípios já podem implantar Centros de Atendimento para enfrentamento da Covid-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020ac. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/mais-de-760-municipios-ja-podem-implantar-centros-de-atendimento-para-enfrentamento-da-covid-19>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. Mais de 970 mil profissionais de saúde cadastrados para atuar no combate à Covid-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020ae. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47050-mais-de-970-mil-profissionais-de-saude-cadastrados-para-atuar-no-combate-a-covid-19>. Acesso em: set. 2021

BRASIL. Medida Provisória n. 890, de 1º de agosto de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019e. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-890-de-1-de-agosto-de-2019-208356620>. Acesso em: 10 maio 202

BRASIL. Ministério da Saúde credencia Centros Comunitários para Enfrentamento da Covid-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020af. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/9156>. Acesso em: set. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde reforça ação pelo enfrentamento à Covid-19 na região Sul. Brasília: Ministério da Saúde, 2020aj. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47211-ministerio-da-saude-reforca-acao-pelo-enfrentamento-a-covid-19-na-regiao-sul>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. Municípios receberão até R\$ 500 milhões por desempenho nos serviços da Atenção Primária. Brasília: Ministério da Saúde, 2020ag. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47243-municipios-receberao-ate-r-500-milhoes-por-desempenho-nos-servicos-da-atencao-primaria>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. Nota Conjunta nº 02/2020 do Ministério da Saúde, Conass e Conasems sobre assinatura de portarias conjuntas para ações de enfrentamento ao coronavírus. Brasília: Ministério da Saúde, 2020z. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46925-nota-conjunta-n-02-2020-do-ministerio-da-saude-conass-e-conasems-sobre-assinatura-de-portarias-conjuntas-para-acoes-de-enfrentamento-ao-coronavirus>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível

em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 17 out. 2021.

BRASIL. **Nota Técnica n. 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. **Nota Técnica n. 599/2019 CGFAP/DESF/SAPS/MS**. Orientações sobre solicitação de credenciamento de equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019g. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201910/04094807-nt-599-2019-orientacoes-credenciamentodesburocratizado-equipes-apsout19.pdf>. Acesso em: 10 maio 2021.

BRASIL. **O que é Atenção Primária?** SAPS, 2021c. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 20 out. 2021

BRASIL. **Ofício n. 60-GS/SAS**. Assunto: Proposta de Plano de Saúde Acessível. Brasília: Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde, 2017d. Disponível em: <http://www.epsvj.fiocruz.br/sites/default/files/files/Proposta-de-Plano-de-Saude-Acessivel.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021

BRASIL. **País alcança a marca de 17 mil testes de Covid-19 por dia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020ak. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/pais-alcanca-a-marca-de-17-mil-testes-de-covid-19-por-dia>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 1.247, de 18 de maio de 2020**. Prorroga o prazo dos estabelecimentos de Atenção Primária à Saúde com equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária não informatizadas aderidos ao Projeto Piloto de Apoio à Implementação da Informatização na Atenção Primária à Saúde, para iniciar o envio regular dos dados por meio de sistema de prontuário eletrônico ao Ministério da Saúde, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus (Covid-19). Brasília: Ministério da Saúde, 2020j. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.247-de-18-de-maio-de-2020-258046342>. Acesso em: 25 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 1.444, de 29 de maio de 2020**. Institui os Centros Comunitários de Referência para enfrentamento à Covid-19, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), e estabelece incentivo para custeio dos Centros Comunitário de Referência para enfrentamento à Covid-19 e incentivo financeiro federal adicional per capita, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2020i. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.444-de-29-de-maio-de-2020-259414882>. Acesso em: 22 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 1.739, de 10 de julho de 2020**. Habilita municípios a receber incentivo financeiro de custeio adicional mensal para equipes de saúde integradas

a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020l. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.739-de-10-de-julho-de-2020-266575331>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 1.740, de 10 de julho de 2020**. Estabelece o pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, diante do contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid19). Brasília: Ministério da Saúde, 2020m. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.740-de-10-de-julho-de-2020-266574629>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 1.741, de 13 de julho de 2020**. Prorroga o prazo para adequação do cadastro de equipes, referente à Portaria nº 3.566/GM/MS, de 19 de dezembro de 2019, que fixa o quantitativo de equipes de Saúde de Família e equipe Saúde Bucal composta por profissionais com carga horária individual de 40 horas semanais e estabelece regra transitória para às equipes de Saúde da Família com as tipologias I, II, III, IV e V (Transitória), considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus (Covid-19). Brasília: Ministério da Saúde, 2020n. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.741-de-13-de-julho-de-2020-266574636>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 18, de 7 de janeiro de 2019**. Estabelece regras para o cadastramento das equipes da Atenção Básica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/58548868. Acesso em: 5 maio 2021.

BRASIL. Portaria n. 2.023, de 05 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. NOBSUS 01/96. **Diário Oficial [da] República Federal do Brasil**, Brasília, 6 nov. 1996a. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=06/11/1996&jornal=1&pagina=48&totalArquivos=96>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 2.143, de 14 de agosto de 2020**. Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes às Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFRB), Equipes de Saúde Bucal (ESB) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com irregularidades no cadastro de profissionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Brasília: Ministério da Saúde, 2020o. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.143-de-14-de-agosto-de-2020-272512491>. Acesso em: 29 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 2.222/GM/MS, de 25 de agosto de 2020**. Institui, em caráter excepcional e temporário, Ações Estratégicas de Apoio à Gestação, Pré-Natal e Puerpério e o incentivo financeiro federal de custeio para o enftreamento da

Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do coronavírus. Brasília: Ministério da Saúde, 2020p. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.222/gm/ms-de-25-de-agosto-de-2020-274149904>. Acesso em: 30 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 2.305, de 28 de agosto de 2020**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar os valores dos incentivos financeiros de custeio das Equipes de Saúde Bucal, nas modalidades 1 e 2, segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2020q. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.305-de-28-de-agosto-de-2020-274895733>. Acesso em: 30 jun. 2021.

BRASIL. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2017e.

BRASIL. **Portaria n. 2.539, de 26 de setembro de 2019**. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. Brasília: Ministério da Saúde, 2019f. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.539-de-26-de-setembro-de-2019-218535009>. Acesso em: 10 maio 2021.

BRASIL. **Portaria n. 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2019h. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 10 maio 2021.

BRASIL. **Portaria n. 3.222, de 10 de dezembro de 2019**. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do 191 Programa Previne Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019j. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em: 10 maio 2021.

BRASIL. **Portaria n. 3.510, de 18 de dezembro de 2019**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019k. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.510-de-18-de-dezembro-de-2019-234334325>. Acesso em: 18 maio 2021

BRASIL. **Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de

Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 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: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 20 fev. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 397, de 16 de março de 2020**. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5/GM/MS de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2020d. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-397-de-16-de-marco-de-2020-*-248809238. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 430, de 19 de março de 2020**. Estabelece incentivo financeiro federal de custeio no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em caráter excepcional e temporário, com o objetivo de apoiar o funcionamento em horário estendido das Unidades de Saúde da Família (USF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) no país, para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Brasília: Ministério da Saúde, 2020e. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-430-de-19-de-marco-de-2020-249027837>. Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 47, de 28 de agosto de 2020**. Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (Covid-19). Brasília: Ministério da Saúde, 2020r. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-47-de-28-de-agosto-de-2020-274962801>. Acesso em: 30 jun. 2021.

BRASIL. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 24 maio 1993. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=9&data=24/05/1993>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 564, de 8 de julho de 2020**. Inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, o procedimento da Atenção Primária no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE)

"Prevenção à Covid-19 nas Escolas". Brasília: Ministério da Saúde, 2020k. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-564-de-8-de-julho-de-2020-269397036>. Acesso em: 25 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 683, de 2 de abril de 2020**. Determina a indicação e a designação dos titulares e suplentes do Ministério da Saúde nos Conselhos Deliberativo e Fiscal da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – ADAPS. Brasília: Ministério da Saúde, 2020g. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-683-de-2-de-abril-de-2020-251286827>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 774, de 9 de abril de 2020**. Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde - Grupos do Piso de Atenção Básica-PAB e de Atenção de Média e Alta Complexidade-MAC, a ser disponibilizado aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à atenção primária à saúde e à assistência ambulatorial e hospitalar decorrente do coronavírus - COVID 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020h. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-774-de-9-de-abril-de-2020-251969714>. Acesso em: 22 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 930, de 15 de maio de 2019**. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2019c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n%C2%BA-930-de-15-de-maio-de-2019-104562211>. Acesso em: 13 jun. 2020.

BRASIL. **Portaria n. 958, de 10 de maio de 2016**. Altera o Anexo I da Portaria n. 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0958_10_05_2016.html Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. **Portaria n. 99, de 7 de fevereiro de 2020**. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília: Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-99-de-7-de-fevereiro-de-2020-242574079>. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. **Postos de saúde adotam método que agiliza atendimento de casos suspeitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020t. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46562-postos-de-saude-adotam-metodo-que-agiliza-atendimento-de-casos-suspeitos>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Postos de saúde de todo o país terão acesso à internet**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020ab. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46671-postos-de-saude-de-todo-o-pais-terao-acesso-a-internet>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Postos de saúde do SUS terão consulta virtual.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020w. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/postos-de-saude-do-sus-terao-consulta-virtual>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Profissionais de saúde serão capacitados contra o coronavírus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020x. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/profissionais-de-saude-serao-capacitados-contra-o-coronavirus>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde:** área profissional saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Resolução n. 95, de 19 de novembro de 2019.** Opina pela qualificação da política de fomento ao setor de atenção primária à saúde, para fins de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada para construção, modernização e operação das unidades básicas de saúde, no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República. Brasília: Ministério da Saúde, 2019i. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-95-de-19-de-novembro-de-2019-232399979>. Acesso em: 10 maio 2021.

BRASIL. **Saúde chama 5 mil médicos contra o coronavírus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020u. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46517-saude-chama-5-mil-medicos-contra-o-coronavirus>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Saúde passa a testar casos leves de Covid-19.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020ad. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47113-saude-passa-a-testar-100-dos-casos-leves-de-covid-19>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Siga Brasil, Painel do Cidadão.** Brasília: Senado Federal, 2021d. Disponível em: <http://www9.senado.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=senado%2Fsigabrasilpainelcidadao.qvw&host=QVS%40www9&anonymous=true&Sheet=shOrcamentoVisaoGeral>. Acesso em: jun. 2021.

BRAVO, M. I.; PELAEZ, E.; MENEZES, J. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **SER Social**, Brasília, v. 22, n. 46, 2020.

BRAVO, M. I.; PELAEZ, E.; PINHEIRO, W. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, 2018.

BRAZ, M. I. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 128, p. 85-103, 2017.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Antioquia, v. 31, 2013. Supl. 1, S13-S27.

BREILH, J. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación de la vida y de la salud. *In*: NOGUEIRA, R. (org.). **Determinação social da saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 87-125.

BREILH, J.; GRANDA, E. **Saúde na sociedade**. São Paulo: Cortez, 1989.

BRITO, L. O fardo da bata branca: a biomedicina e a representação do Outro no projeto colonial. **Cabo dos Trabalhos**, Coimbra, n. 22, 2020.

BRODY, C. *et al.* The impact of vouchers on the use and quality of health care in developing countries: a systematic review. **Global Public Health**, San Francisco, v. 8, n. 4, p. 363-88, 2013.

BROWN, T.; CUETO, M.; FEE, E. The World Health Organization and the transition from "international" to "global" public health. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 96, n. 1, p. 62-72, 2006.

CALHEIROS, R. **Agenda Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2015. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/385386/000766380.pdf?sequenc e=1>. Acesso em: 29 set. 2021.

CAMINHA, E. C. C. R. *et al.* Relações de poder entre profissionais e usuários da Atenção Primária à Saúde: implicações para o cuidado em saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 81-90, 2021.

CAMPOS, C. E A. A Atenção Primária à Saúde como Campo do Conhecimento e a Medicina de Família e Comunidade como Disciplina. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 16, 2009.

CAMPOS, G. W. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-250, 2000.

CANTILLANO, C. Análise crítica da conceituação predominante sobre atenção médica primária. *In*: NUNES, E. D. (org.). **Medicina social, aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983. p. 181-205.

CARCERERI, D. L. *et al.* **Nota Técnica**: formação de profissionais de saúde na APS no contexto de crise sanitária e humanitária. Rio de Janeiro: Abrasco, 2021. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2021/10/24/3-seminario-2021-rede-aps-uma-agenda-politica-estrategica-e-de-pesquisa-para-a-aps-no-sus/>. Acesso em: nov. 2021.

CARDOSO, M. R. O. *et al.* O mix público e privado no sistema de saúde brasileiro. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 107-118, 2017.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.

- CARNUT, L.; MENDES, Á. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social**, Brasília, v. 22, n. 46, 2020b.
- CARNUT, L.; MENDES, Á. Crise do capital, Estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, Niterói, n. 57, 2020a.
- CASEMIRO, L. Planos de saúde perdem mais de 3 milhões de usuários nos últimos 3 anos. **O Globo**, São Paulo, jan. 2018. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/planos-de-saude-perdem-mais-de-3-milhoes-de-usuarios-em-3-anos-22326983>. Acesso em: 10 abr. 2021.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **Criação da ADAPS – Ataque ao SUS em meio à crise do coronavírus**. Rio de Janeiro: Cebes, 2020a. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/03/criacao-da-adaps-ataque-ao-sus-em-meio-a-crise-do-coronavirus/>. Acesso em: set. 2021.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **Participe da pesquisa “Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS”**. Rio de Janeiro: Cebes, 2020b. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/06/participe-da-pesquisa-desafios-da-atencao-basica-no-enfrentamento-da-pandemia-da-covid-19-no-sus/>. Acesso em: set. 2021.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **Podcast sobre a importância ignorada da Atenção Básica na epidemia**. Rio de Janeiro: Cebes, 2020c. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/07/podcast-sobre-a-importancia-ignorada-da-atencao-basica-na-epidemia/>. Acesso em: set. 2021.
- CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DE DIREITO SANITÁRIO. **A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da Covid-19**. São Paulo: Cepedisa, 2021.
- CÉSAIRE, A. **Discurso sobre el colonialismo**. Madrid: Akal, 2006.
- CHAUÍ, M. **Escritos sobre a universidade**. São Paulo: UNE, 2001.
- CHOULIARAKI, L.; FAIRCLOUGH, N. **Discourse in Late Modernity**. Rethinking critical discourse analysis. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1999.
- COALIZÃO SAÚDE. São Paulo: Icos, 2021. Disponível em: <http://icos.org.br/>. Acesso em: 27 out. 2020.
- COELHO, M. G. M. *et al.* Atenção primária à saúde na perspectiva da formação do profissional médico. **Interface**, Botucatu, v. 24, n. 19, e190740, 2020.
- CONILL, E. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, 2008. Supl. 1, p. 7-16.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Atenção básica e o direito à saúde**. Brasília: Câmara Técnica da Atenção Básica (CTAB) do Conselho Nacional de Saúde, 2019. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/relatorios/Orientacoes_CTAB.pdf. Acesso em: maio 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS (Brasil). Especial: caixa-único e política nacional de atenção básica. **Revista Conasems**, Brasília, n. 70, out./dez. 2017.

COSSETIN, A. *et al.* Educação Popular em saúde no curso de graduação em Enfermagem: construção de espaços curriculares participativos. **Revista de Enfermagem**, Santa Maria, v. 2, n. 3, p. 560-568, 2012.

COSTA, D. T.; MARTINS, M. C. Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1191-1198, out. 2011.

CRUZ, A. *et al.* Reflexiones sobre el desarrollo histórico social de la Atención Primaria de Salud. **Revista Cubana de Medicina General y Integral**, Havana, v. 30, n. 2, 2014.

CRUZ, P. J. S. C.; SILVA, M. R. F.; ACIOLI, S. **Nota Técnica**: Educação Popular em saúde na construção da Abordagem Comunitária na Atenção Primária à Saúde: aspectos conceituais e desafios diante da pandemia de COVID-19. Rio de Janeiro: Abrasco, 2021. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2021/10/24/3-seminario-2021-rede-aps-uma-agenda-politica-estrategica-e-de-pesquisa-para-a-aps-no-sus/>. Acesso em: nov. 2021.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 94, n. 11, p. 1864-1874, 2004.

CUNHA, C. R. *et al.* Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25 n. 4, p. 1313-1326, 2020.

CUNHA, E.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, 2011. Suppl. 1, p. 1029-1042.

DAGNINO, E.; OLIVERA, A.; PANFICHI, A. **A disputa pela construção democrática na América Latina**. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

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**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, 2020.

DIAS, B. **Ineficácia da cloroquina contra a Covid-19 é confirmada em revisão de 70 referências**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2020. Disponível em:

<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/especial-coronavirus/ineficacia-cloroquina-covid19-cientistas-anm/48463/>. Acesso em: 13 set. 2021.

DIAS, R. **Eficiência da atenção primária à saúde nos municípios brasileiros**. Brasília: UnB, 2010. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/8364>. Acesso em: 27 jul. 2021.

DOMINGUEZ, B. Mercado da Saúde. **Revista Radis**, Rio de Janeiro, n. 175, abr. 2017. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/todas-as-edicoes/175>. Acesso em: 12 jun. 2020.

DONNANGELO, M. C. A pesquisa em saúde coletiva no Brasil: a década de 70. *In*: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1983. v. 2, p. 17-35.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.

DUNLOP, C. *et al.* The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open**, London, v. 4, n. 1, 2020.

DUSSEL, E. Europe, modernity, and eurocentrism. **Nepantla Views from South**, Durham, v. 1, n. 3, p. 465-478, 2000.

DUSSEL, E. **Materiales para una filosofía de la liberación**. Madrid: Plaza e Valdés, 2007.

DUSSEL, E. Transmodernidade e interculturalidade: interpretação a partir da filosofia da libertação. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 31, n. 1, 2016.

FAIRCLOUGH, N. **Discourse and Social Change**. Cambridge: Polity Press, 1992.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: UnB, 2001.

FAIRCLOUGH, N. El análisis crítico dei discurso como método para la investigación en ciencias sociales. *In*: WODAK, R.; MEYER, M. (org.). **Métodos de análisis crítico dei discurso**. Barcelona: Gcdisa, 2003. p. 179-204.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: Edufba, 2008.

FARIAS-SANTOS, B. C.; NORO, L. R. PET-Saúde como indutor da formação profissional para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 997-1004, 2017.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. *In*: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 43-67.

FÁVERO, M. L. A. **A universidade brasileira em busca de sua identidade**. Petrópolis: Vozes, 1977.

FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Pandemia deve deixar mais atenção primária e mais prevenção como saldos positivos**. Rio de Janeiro: Fenasaúde, 2020. Disponível em: <https://fenasaude.org.br/noticias/pandemia-deve-deixar-mais-atencao-primaria-e-mais-prevencao-como-saldos-positivos.html>. Acesso em: set. 2021.

FERGUSON, N. *et al.* Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. **Imperial College**, London, p. 1-20, 2020.

FERNANDES, F. A democratização do ensino. *In*: BARROS, R. S. M. (org.). **Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. São Paulo: Pioneira, 1960. p. 162-164.

FERNANDES, F. **Universidade brasileira: reforma ou revolução**. 2. ed. São Paulo: AlfaOmega, 1975.

FERNANDES, T.; CANCIAN, N.; PESSOA, G. S. Ortopedista, deputado do DEM será ministro da Saúde de Bolsonaro. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/11/ortopedista-deputado-do-dem-sera-ministro-da-saude-de-bolsonaro.shtml>. Acesso em: 29 out. 2021.

FERREIRA, A. C. Colonialismo, capitalismo e segmentaridade: nacionalismo e internacionalismo na teoria e política anticolonial e pós-colonial. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 255-288, 2014.

FERRIE, J. Evidence and policy: mind the gap. **International Journal of Epidemiology**, Oxford, n. 44, p. 1-7, 2015.

FLAESCHEN, H. **Pesquisa: Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2020b. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/pesquisa-desafios-da-atencao-basica-no-enfrentamento-da-pandemia-da-covid-19-no-sus/48627/>. Acesso em: set. 2021.

FLAESCHEN, H. **Webinar: Atenção Primária à Saúde para pessoas idosas durante a crise da Covid-19**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2020a. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/webinar-atencao-primaria-a-saude-para-pessoas-idosas-durante-a-crise-da-covid-19/46715/>. Acesso em: set. 2021.

FLEURY, S. **Acabar com os pobres, não com a pobreza**. Rio de Janeiro: Cebes, 2021. Disponível em: <http://cebes.org.br/2021/04/acabar-com-os-pobres-nao-com-a-pobreza/>. Acesso em: 20 out. 2021.

FLEURY, S. **Un Estado sin ciudadanos, Seguridad Social en América Latina**. Buenos Aires: Lugar, 1997.

FLEURY, S. (org.). **Teoria da reforma sanitária brasileira: diálogos críticos**. Revisitar a teoria e a utopia da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 31-84.

FLISCH, T. M. *et al.* Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde? **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 2, p. 1255-1268, 2014.

FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. **Nota Técnica**: o caráter estratégico do agente comunitário de saúde na APS integrada. Rio de Janeiro: Abrasco, 2021. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2021/10/24/3-seminario-2021-rede-aps-uma-agenda-politica-estrategica-e-de-pesquisa-para-a-aps-no-sus/>. Acesso em: nov. 2021.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FRANCO, T.; MERHY, E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, 2012.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 38. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2018.

FREIRE, P. **Extensão e comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia dos sonhos possíveis**. São Paulo: Paz e Terra, 2014. 440 p.

FRENK, J.; GÓMEZ-DANTÉS, O.; KNAUL, F. The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage. **Bulletin of World Health Organization**, Geneva, n. 87, p. 542-548, 2009.

FRENK, J.; GONZÁLEZ-BLOCK, M.; ALVAREZ-MANILLA, J. M. First contact, simplified technology, or risk anticipation? Defining primary health care. **Academic Medicine**: journal of the Association of American Medical Colleges, Washington, v. 65, n. 11, p. 676-681, 1990.

FROHOCK, F. M. Moving lines and variable criteria: differences/connections between allopathic and alternative medicine. **The Annals of the American Academy of Political and Social Science**, Thousand Oaks, v. 583, p. 214-232, 2002.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Fiocruz se une a instituições de acervo para doar máscaras e luvas a unidades de saúde**. Recife: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-se-une-instituicoes-de-acervo-para-doar-mascaras-e-luvas-unidades-de-saude>. Acesso em: set. 2021.

FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES. **Ponte para o futuro**. Brasília: Fundação Ulysses Guimarães, 2015. Disponível em: <https://www.fundacaoulysses.org.br/blog/acervo/>. Acesso em: 20 set. 2021.

FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES. **Travessia social**. Brasília: Fundação Ulysses Guimarães, 2016. Disponível em: <https://www.fundacaoulysses.org.br/blog/acervo/>. Acesso em: 20 set. 2021.

GADOTTI, M. **Extensão universitária: para quê?** São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2017. Disponível em: <https://www.paulofreire.org/noticias/557-extensao-Universitaria-para-que>. Acesso em: out. 2020.

GAINES, A.; DAVIS-FLOYD, R. Biomedicine. *In*: EMBER, C.; EMBER, M. (ed.). **Encyclopedia of Medical Anthropology** – Health and illness in the World's Cultures. Boston: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004. p. 95-109.

GARBOIS, J. A.; VARGAS, L. A.; CUNHA, F. T. S. O Direito à Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma Reflexão Necessária. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 27-44, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GIOVANELLA, L. **Aula inaugural debate a Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/52001>. Acesso em: set. 2021.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, maio 2006.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00029818, 2018.

GIOVANELLA, L. **Criação da ADAPS** – APS na rede de enfrentamento da Covid – 19. Rio de Janeiro: Cebes, 2020. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/04/aps-na-rede-de-enfrentamento-da-covid-19/>. Acesso em: set. 2021.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. **Posicionamentos sobre a Carteira de Serviços da APS**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2019. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2019/09/09/posicionamentos-sobre-a-carteira-de-servicos-da-aps/>. Acesso em: out. 2021.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. Atenção primária à saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-625.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Tendências de reformas da atenção primária à saúde em países europeus. **Journal of Management & Primary Health Care**, Uberlândia, v. 5, n. 1, p. 101-113, 2014.

GIOVANELLA, L. *et al.* ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, 2021.

GIOVANELLA, L. *et al.* Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, e00178619, 2019.

GOMES, B. A. Observações botânico-médicas sobre algumas plantas do Brasil, escriptas em latim e portuguez. Lisboa, 1803 *In*: GOMES, B. **Plantas medicinais do Brasil**. São Paulo: Brasiliensia Documenta, 1972. v. V, p. CXXIX.

GOMES, K. O. *et al.* A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 744-755, 2009.

GONÇALVES, L. *et al.* Saúde coletiva, colonialidade e subalternidades – uma (não) agenda? **Saúde em Debate**, Brasília, v. 43, n. 8, p. 160-174, 2019.

GONZÁLEZ CASANOVA, P. Colonialismo interno (uma redefinição). *In*: BORON, A.; AMADEO, J.; GONZALEZ, S. (org.). **A teoria marxista hoje**. Problemas e perspectivas. Buenos Aires: Clacso, 2007. p. 431-458.

GONZÁLEZ CASANOVA, P. **La democracia en México**. México: Era, 1965.

GONZÁLEZ CASANOVA, P. **Sociología de la explotación**. México: Siglo XXI, 1969.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

GRAMSCI, A. **Obras escolhidas**. Tradução Manuel Cruz. Revisão Nei da Rocha Cunha. São Paulo: Martins Fontes, 1978.

GRAMSCI, A. **Selections from the prison notebooks**. Editado e traduzido por Q. Hoare e G. Nowell Smith. London: Lawrence and Wishart, 1971.

GREGORI, M. S. **A volta à baila dos planos de saúde**. São Paulo: Consultório Jurídico, 15 set. 2021. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2021-set-15/garantias-consumo-volta-baila-planos-saude>. Acesso em: 18 set. 2021.

GROSFUGUEL, R. Descolonizar as esquerdas ocidentalizadas: para além das esquerdas eurocêntricas rumo a uma esquerda transmoderna descolonial. **Contemporanea**, São Carlos (SP), v. 2, n. 2, p. 337-362, 2012.

GROSFOGUEL, R. Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 80, p. 114-147, 2008.

GUIMARÃES, C. **O papel da Atenção Primária à Saúde no controle da epidemia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-papel-da-atencao-primaria-a-saude-no-controle-da-epidemia>. Acesso em: 10 dez. 2021.

HAINES, A. *et al.* National UK programme of community health workers for Covid-19 response. **Lancet**, v. 395, n. 10231, p. 1173-1175, Apr. 2020.

HALL, S. **Representation: Cultural Representation and Signifying Practices**. London: Sage Publications, 1997.

HANKIVSKY, O. *et al.* The odd couple: using biomedical and intersectional approaches to address health inequities. **Global Health Action**, Umeå, v. 10, 2017. Suppl 2, e1326686.

HARAWAY, D. Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. **Feminist Studies**, Maryland, v. 14, n. 3, p. 575-599, 1988.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, 2020b.

HARZHEIM, E. *et al.* Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2354, 2020a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PNS 2019**: sete em cada dez pessoas que procuram o mesmo serviço de saúde vão à rede pública. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28793-pns-2019-sete-em-cada-dez-pessoas-que-procuram-o-mesmo-servico-de-saude-vao-a-rede-publica>. Acesso em: 10 dez. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Resolução n. 258, de 07 de janeiro de 1991**. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. NOBSUS 01/91. Brasília: Inamps, 1991. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf. Acesso em: 10 jun. 2021.

JUNIOR, N.; NASCIMENTO, V.; COSTA, I. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 971-979, 2011.

JUNQUEIRA, D. Maior fabricante de hidroxicroquina, Apsen recebeu R\$20 milhões do BNDES em 2020. **Repórter Brasil**, São Paulo, 2021. Disponível em:

<https://reporterbrasil.org.br/2021/03/maior-fabricante-de-hidroxicloroquina-apsen-recebeu-r-20-milhoes-do-bndes-em-2020/>. Acesso em: 13 set. 2021.

KARK, S. **The practice of community-oriented primary health care**. New York: Appleton-Century-Crofts, 1981.

KICKBUSCH, I. Mapping the future of public health: action on global health. **Canadian Journal of Public Health**, Toronto, v. 97, n. 1, p. 6-8, 2006.

KIIL, A.; HOULBERG, K. How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011. **European Journal of Health Economy**, London, v. 15, n. 8, p. 813-28, 2014.

KRASNIAK, L. C. *et al.* Análise do Seguro Popular de Saúde mexicano: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 273-285, 2019.

KRENAK, A. Reflexão sobre a saúde indígena e os desafios atuais em diálogo com a tese “Tem que ser do nosso jeito”: participação e protagonismo do movimento indígena na construção da política de saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. e200711, 2021.

LANDER, E. Ciências Sociales: saberes coloniales y eurocéntricos. *In*: LANDER, Edgardo (org.). **La colonialidad del saber: Eurocentrismo Y Ciencias Sociales – Perspectivas Latinoamericanas**. Buenos Aires: Clacso, 2000. p. 8-23.

LANZONI, G.; MEIRELLES, B. A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 464-70, 2012.

LEBRUN, F. Os cirurgiões-barbeiros. *In*: LE GOFF, Jacques. **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1985. p. 299.

LEFÈVRE, F. A saúde como fato coletivo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 83-91, 1999.

LEITE, I. Rumo a políticas sociais residuais? **Argumentum**, Vitória, v. 7, n. 2, p. 24-31, 2015.

LÊNIN, V. **Cahiers philosophiques**. Paris: Sociales, 1965.

LEONEL, F. **Covid-19: pesquisa aponta necessidade de investir em APS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-pesquisa-aponta-necessidade-de-investir-em-aps>. Acesso em: 10 dez. 2021.

LIKE, R.; STEINER, R.; RUBEL, A. Recommended core curriculum guidelines on culturally sensitive and competent health care. **Family Medicine**, Leawood, v. 28, n. 4, p. 291-297, 1996.

LOBATO, I. V. C. Políticas sociais e modelos de bem-estar social: fragilidades do caso brasileiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. esp., p. 87-97, dez. 2016.

LOCK, Margaret. Medicalization and the Naturalization of Social Control. *In*: EMBER, C.; EMBER, M. (ed.). **Encyclopedia of Medical Anthropology** – Health and illness in the World's Cultures. Boston: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004.

LORENZO, S. La pandemia Covid-19: lo que hemos aprendido hasta ahora desde España. **APS em Revista**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 28-32, 2020.

LOTTA, G. *et al.* **A pandemia de Covid-19 e os profissionais de saúde pública no Brasil** – 2ª fase. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas e Núcleo de Estudos da Burocracia, 2020a.

LOTTA, G. *et al.* Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil. **Lancet**, London, v. 396, 2020b.

LUGONES, M. 'Heterosexualism and the Colonial / Modern Gender System'. **Hypatia**, Cambridge, v. 22, n. 1, p. 186-209, 2007.

LUZ, M.; BARROS, N. **Racionalidades Médicas e Práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: Cepesc: Ims: Uerj: Abrasco, 2012. 360 p.

MACHADO, M. H. (coord.). **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil: relatório final**. Rio de Janeiro: Nerhus-Daps-Ensp/Fiocruz, 2017.

MACIEIRA, A. P. **A atual conjuntura política do Brasil após golpe de 2016 e os resultados para os direitos sociais**. São Paulo: Uniesp, 2018. Disponível em: https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20190718164356.pdf. Acesso em: 17 jul. 2021.

MACINKO, J.; HARRIS, M. Brazil's Family Health Strategy: Delivering community based primary care in a universal health system. **The New England Journal of Medicine**, London, v. 372, n. 23, p. 2177-81, 2015.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 18-37, 2018.

MAGALHÃES, C. M. **Reflexões sobre análise crítica do discurso**. Belo Horizonte: UFMG, 2001. 288 p.

MALDONADO-TORRES, N. A topologia do Ser e a geopolítica do conhecimento. Modernidade, império e colonialidade. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 80, 2008a.

MALDONADO-TORRES, N. La descolonización y el giro des-colonial. **Tabula Rasa**, Bogotá, n. 9, p. 61-72, 2008b.

MALDONADO-TORRES, N. Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. *In*: CASTRO-GÓMES, S.; GROSFUGUEL, R. (org.). **El giro descolonial**. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Bogotá: Siglo del Hombre: Universidad Central: Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana: Instituto Pensar, 2007. p. 127-167.

MALHEIRO, B. C. Colonialismo Interno e Estado de Exceção: a “emergência” da Amazônia dos Grandes Projetos. **Caderno de Geografia**, Belo Horizonte, v. 30, n. 60, p. 74-98, 2020.

MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. O Programa de Saúde da Família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. 251-259, 2003.

MANDETTA, L. H.; GUEDES, P. **Medida Provisória n. 890, de 01 de agosto de 2019**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2019. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2019/medidaprovisoria-890-1-agosto-2019-788911-exposicaodemotivos-158846-pe.html>. Acesso em: 7 out. 2021.

MARCIA, V. *et al.* **Educação em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html>. Acesso em: set. 2020.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MARÉS, C. F. **A cloroquina e seu fetiche**. Bogotá: Instituto Latinoamericano para una Sociedad y un Derecho Alternativos, 2020. Disponível em: <http://ilsa.org.co/a-cloroquina-e-seu-fetiche/>. Acesso em: 13 set. 2021.

MARMOR, T.; BOYUM, D. Reflections on the argument for competition in medical care. *In*: MARMOR, T. (ed.). **Understanding health care reform**. New Haven: Yale University Press, 1994. p. 139-145.

MARQUES, R.; MENDES, Á. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

MARTINS, P. H. Epistemologias do sul e seus impactos sobre as ações e as políticas em saúde no Brasil. **Ensaio & Diálogos**, São Paulo, p. 20-31, 2019.

MARTINS, P. H. Políticas públicas em saúde e os deságios da democratização do bem-estar: repensando a utopia do Sistema Único de Saúde no Brasil. *In*: LACERDA, A. (org.). **Democratização e novas formas de sociabilidades em saúde no contexto latino-americano**. Recife: Editora Universitária, 2013.

MARTINS, P. H; BENZAQUEN, J. F. Uma proposta de matriz metodológica para os estudos descoloniais. **Cadernos de Ciências Sociais da UFRPE**, Recife, v. II, n. 11, 2017.

MARTINS, P. **Articulação entre vigilância e atenção primária**: papel da comunidade é destacado em painel. Rio de Janeiro: Abrasco, 2020a. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/articulacao-entre-vigilancia-e-atencao-primaria-papel-da-comunidade-e-destacado-em-painel/49512/>. Acesso em: set. 2021.

MARTINS, P. **Rede APS apresenta primeiros resultados de pesquisa na Ágora Abrasco**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2020b. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/rede-aps-apresenta-primeiros-resultados-de-pesquisa-na-agora-abrasco/51007/>. Acesso em: set. 2021.

MARX, K. Assim chamada acumulação primitiva. **O Capital**. v. 1: Livro Primeiro, Tomo 2, Capítulo XXIV. São Paulo: Victor Civita, 1984. (Coleção Os Economistas.)

MARX, K. **O Capital**. São Paulo: Centauro, 2005.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020.

MATTA, G.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>. Acesso em: maio 2020.

MBEMBE, A. A era do humanismo está terminando. **Pensar Contemporâneo**, São Paulo, 2016a. Disponível em: <https://www.pensarcontemporaneo.com/humanismo-mbembe>. Acesso em: 5 maio 2020.

MBEMBE, A. Pandemia democratizou poder de matar, diz autor da teoria da 'necropolítica'. **Folha Uol**, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/03/pandemia-democratizou-poder-de-matar-diz-autor-da-teoria-da-necropolitica.shtml>. Acesso em: mar. 2020.

MBEMBE, A. Necropolítica. **Arte & Ensaios**, Rio de Janeiro, n. 32, p. 20-34, 2016b.

MEDEIROS, A. G. P.; SOUZA, E. C. F. O Sistema Único de Saúde e a mídia televisiva: análise de um telejornal local em emissora nacional. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 3, n. 3, p. 111-127, 2017.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de Covid-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, 2020.

MEIRELES, M. A. *et al.* Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, 2019.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. B.; PIVA, M. M. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista APS**, Belo Horizonte, 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 em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 38-51, 2018.

MENDES, A. A Atenção Básica no SUS e as pedras no seu caminho. **Management Primary Health Care**, London, v. 9, p. e2, 2018.

MENDONÇA, C. S. **Nota Técnica:** APS na rede assistencial e coordenação do cuidado. Rio de Janeiro: Abrasco, 2021. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2021/10/24/3-seminario-2021-rede-aps-uma-agenda-politica-estrategica-e-de-pesquisa-para-a-aps-no-sus/>. Acesso em: nov. 2021.

MENDONÇA, M. H. M.; MELLO, M. G.; SPADACIO, A. C. **Nota Técnica:** Determinação Social da Saúde e participação social na APS. Rio de Janeiro: Abrasco, 2021. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2021/10/24/3-seminario-2021-rede-aps-uma-agenda-politica-estrategica-e-de-pesquisa-para-a-aps-no-sus/>. Acesso em: nov. 2021.

MENEGHETTI, F. K. O que é um ensaio-teórico? **Revista de Administração Contemporânea**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 320-332, 2011.

MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 5, p. 58-70, 2019.

MESA-LAGO, C. **Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social**. USA: United Nations Publications, 2004.

MIDI, Rouge. **O colonialismo não pode morrer enquanto subsistir o capitalismo**. São Leopoldo: Instituto Humanitas Unisinos, 2014. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/170-noticias/noticias-2014/534395-o-colonialismo-nao-pode-morrer-enquanto-subsistir-o-capitalismo>. Acesso em: maio 2020.

MIGLIEVICH-RIBEIRO, A. Por uma razão descolonial. Desafios ético-político-epistemológicos à cosmovisão moderna. **Civitas**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 66-80, 2014.

MIGNOLO, W. Desobediência epistêmica: a opção descolonial e o significado de identidade em política. **Dossiê Literatura, Língua e Identidade:** cadernos de Letras da UFF, Rio de Janeiro, n. 34, p. 287-324, 2008.

MIGNOLO, W. **Desobediencia Epistémica:** retorica de la modernidad, logica de la colonialidad, y gramatica de la descolonialidad. Buenos Aires: Signo, 2010.

MIGNOLO, W. **Historias locales/disenos globales:** colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo. Madrid: Akal, 2003.

MIGNOLO, W. Os esplendores e as misérias das ciências: colonialidade, geopolítica do conhecimento e pluri-versalidade epistêmica. *In:* SANTOS, B. S. (org.).

Conhecimento prudente para uma vida descente: um discurso sobre as ciências. São Paulo: Cortez, 2004. p. 667-707.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. *In:* MINAYO, M. C. S (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 9-31.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTRO da saúde de Bolsonaro. Gigante dos planos de saúde financiou campanha de ministro da Saúde de Bolsonaro. **Esquerda Diário**, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.esquerdadiario.com.br/Gigante-dos-planos-de-saude-financiou-campanha-de-ministro-da-Saude-de-Bolsonaro>. Acesso em: 29 out. 2021.

MIOTO, R. C. T. *et al.* As residências multiprofissionais em saúde: a experiência da universidade federal de santa catarina. **Serviço, Sociedade & Saúde**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 185-208, 2012.

MIRANDA, D.; LIMA, R. Confiança: valor-fonte da experiência de usuários com o Programa Mais Médicos em um município catarinense. **Interface**, Botucatu, v. 24, e190434, 2020.

MOROSINI, M. V. **Educação e trabalho em disputa no SUS:** a política de formação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, 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, 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. Educação em saúde. *In:* PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 155-162.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social:** um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I. Concepções de natureza, paradigmas em saúde e racionalidades médicas. **Forum Sociológico**, Lisboa, v. 24, n. 1, p. 79-87, 2014.

NASCIMENTO, M. C. *et al.* A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3595-3604, 2013.

NESPOLI, G. *In*: MACHADO, K. **Saúde e as bases de uma educação popular**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 26 out. 2018. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/saude-e-bases-de-uma-educacao-popular>. Acesso em: 21 dez. 2021.

NETO, G.; ANTUNES, V.; OLIVEIRA, A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, 2019.

NEVES, J. **Pesquisa com Agentes Comunitários de Saúde durante a Covid-19 apresenta primeiro balanço**. Recife: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-com-agentes-comunitarios-de-saude-durante-covid-19-apresenta-primeiro-balanco>. Acesso em: set. 2021.

NOGUEIRA, M. **Proposta de carteira de serviços da atenção primária divide opiniões**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/proposta-de-carteira-de-servicos-da-atencao-primaria-divide-opinioes>. Acesso em: out. 2021.

NOGUEIRA, M. **Retirar o ACS das Equipes de Saúde da Família é um retrocesso no modelo de Atenção Básica e na democratização do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/retirar-o-ac-s-das-equipes-de-saude-da-familia-e-um-retrocesso-no-modelo-de>. Acesso em: 27 set. 2020.

NOGUEIRA, R.; SILVA, F.; RAMOS, Z. **A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis*: o agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro: Ipea, 2000.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004.

NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 2, 2013.

NORONHA, J. C.; UGÁ, M. O sistema de saúde dos Estados Unidos. *In*: BUSS, P.; LABRA, M. (org.). **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 265 p.

NUNES, E. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

NUNES, J. A. A retomada político-emancipatória em tempos de globalização: a saúde como laboratório? **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 2, n. 1, p. 87-102, 2008.

NUNES, J. A. **A saúde coletiva em diálogo com as epistemologias do sul**. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, 2017. Disponível em:

<https://ces.uc.pt/pt/agenda-noticias/agenda-de-eventos/2017/a-saude-coletiva-em-dialogo-com-as-epistemologias-do-sul>. Acesso em: set. 2020.

NUNES, J. A. Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v. 87, p. 143-169, 2009.

NUNES, J. A.; LOUVISON, M. Epistemologias do Sul e descolonização da saúde: por uma ecologia de cuidados na saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 3, e200563, 2020.

NYGREN, K.; OLOFSSON, A. Intersectional approaches in health-risk research: a critical review. **Sociology Compass**, London, v. 8, n. 9, p. 1112-26, 2014.

OCKÉ-REIS, C.; CARVALHO, S. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 72-79, 2009.

OLIVEIRA, E. *et al.* Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. **Interface**, Botucatu, v. 24, e180736, 2020.

OLIVEIRA, P. V. B. *et al.* **O cuidado em território salva vidas**: considerações sobre a atenção básica elaboradas pela coordenação do Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadoras(es) da Área de Saúde – FENTAS para o contexto de pandemia. Rio de Janeiro: Rede Unida, 2020. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/pt-br/comunicacao/news/o-cuidado-em-territorio-salva-vidas-consideracoes/>. Acesso em: set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atención Primaria de Salud**. Informe de la Conferência Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. Genebra: OMS, 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção Primária à Saúde**. Washington: OPAS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus**. Washington: OPAS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em: dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Renovação da atenção primária nas Américas**. Documento de posicionamento da Organização Pan-americana de Saúde. Washington: OMS, 2005. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf>. Acesso em: abr. 2020.

ORLANDI, E. A Análise de discurso em suas diferentes tradições intelectuais: o Brasil. *In*: SEMINÁRIO DE ESTUDOS EM ANÁLISE DE DISCURSO, Porto Alegre. **Anais...**, Porto Alegre: UFRGS, 2003.

OTTERSEN, O. P. *et al.* The political origins of health inequity: prospects for change. **Lancet**, London, n. 383, p. 630-667, 2014.

PADRE, P.; MARTINS, I.; RODRIGUES, V. Programa Mais Médicos sob o olhar dos usuários: uma pesquisa avaliativa. **Physis**: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 02, e290207, 2019.

PAGLIOSAL, F.; DA ROS, F. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAIM, J. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PEREIRA, P. Pluralismo de bem-estar ou configuração plural da política social sob o neoliberalismo. *In*: BOSCHETTI, I. (org.). **Política social**: alternativas ao neoliberalismo. Brasília: Universidade de Brasília, 2004. p. 135-159.

PINTO, R. M. F.; GARCIA, M. S. M. P.; GONÇALVES, A. M. S. O sistema de saúde americano e seus aspectos jurídicos. **Intr@ciência**, São Paulo, v. 19, 2020.

PIRES, M.; DEMO, P. Políticas de Saúde e Crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 56-71, 2006.

PORTAL DA REFORMA SANITÁRIA. **Acervo da Reforma Sanitária**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://portaldareformasaneitaria.org/movimento-da-reforma-sanitaria-brasileira-os-principais-marcos-historicos/>. Acesso em: out. 2020.

PORTO, M. Crise das utopias e as quatro justiças: ecologias, epistemologias e emancipação social para reinventar a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4449-4458, 2019.

PORTO, M.; MARTINS, B. Repensando alternativas em Saúde do Trabalhador em uma perspectiva emancipatória. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, Rio de Janeiro, v. 44, e16, 2019.

PORTO-GONÇALVES, C. W. Apresentação da edição em português. *In*: LANDER, Edgardo (org.). **A colonialidade do saber**: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latinoamericanas. Buenos Aires: Clacso, 2005. p. 3-5.

PORTO-GONÇALVES, C. W.; QUENTAL, P. A. Colonialidade do poder e os desafios da integração regional na América Latina. **Polis**, São Paulo, n. 31, 2012.

PORTUGAL. Lei de Bases do Sistema Educativo. Lei n. 46/86. **Diário da República n. 237/1986**: Série I de 1986-10-14. Lisboa: DRE, 1986. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/46/1986/p/cons/20090827/pt/html>. Acesso em: out. 2021.

PREITE SOBRINHO, W. "Voucher da saúde" defendido por Guedes é a privatização do SUS. **Uol Notícias**, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/05/09/voucher-da-saude-sus-privatizacao-paulo-guedes-saude-publica-plano-de-saude.htm>. Acesso em: 30 out. 2020.

PREUSS, L. T. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Revista Katálasys**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 324-335, maio/ago. 2018.

PRIGOGINE, I. **The End of Certainty: Time, Chaos, and the New Laws of Nature**. New York: Free Press, 1997.

QUIJANO, A. América Latina en la economía mundial. *In*: QUIJANO, A. **Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder**. Buenos Aires: Clacso, 2014. p. 200-214.

QUIJANO, A. Colonialidad y modernidad/racionalidad. **Perú Indígena**, Buenos Aires, v. 13, n. 29, p. 11-20, 1992.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. *In*: LANDER, E. (org.). **A colonialidade do saber, eurocentrismo e ciências sociais**. Perspectivas Latino-americanas. Buenos Aires: Clacso, 2005. p. 117-142.

QUIJANO, A. Colonialidade, poder, globalização e democracia. **Novos Rumos**, São Gonçalo, v. 17, n. 37, 2002.

RAJAGOPALAN, K. Por uma linguística crítica. **Línguas e Letras**, Cascavel, v. 8 n. 14, p. 13-20, 2007.

RAMOS, M. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. **Formação**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 5-16, 2001.

RAZAI, Mohammad *et al.* Coronavirus disease 2019 (covid-19): A guide for UK GPS. **The BMJ**, London, v. 368, p. m800, 2020.

REDE APS. **Discussões e posicionamentos sobre a Portaria n. 2.979 para o novo financiamento da APS**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/02/17/discussoes-e-posicionamentos-sobre-a-portaria-no-2-979-para-o-novo-financiamento-da-aps/>. Acesso em: set. 2021.

REIS, T. **Abrasco participa de audiência pública no RS sobre Atenção Básica e Covid-19**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2020a. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/abrasco-participa-de-audiencia-publica-da-assembleia-legislativa-do-rio-grande-do-sul-sobre-atencao-basica/49709/>. Acesso em: set. 2021.

REIS, Thereza. **Profissionais da APS: uso de celulares pessoais, falta de equipamentos e engajamento**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2020b. Disponível em:

<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/profissionais-da-aps-uso-de-celulares-pessoais-falta-de-equipamentos-e-engajamento/51160/>. Acesso em: set. 2021.

REIS, V. **Contra a reformulação da PNA** – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica. Rio de Janeiro: Abrasco, 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>. Acesso em: 6 out. 2021.

RESENDE, V. M.; RAMALHO, V. **Análise do discurso crítica**. São Paulo: Contexto, 2006.

RIBEIRO, G. World anthropologies. Cosmopolitics for a new global scenario in anthropology. **Critique of Anthropology**, Thousand Oaks, v. 26, n. 4, p. 363-86, 2006.

RIGOTTO, R. *et al.* A Pedagogia do Território: desobediências epistêmicas e insurgências acadêmicas na práxis do núcleo Tramas. *In*: RIGOTTO, R. M.; AGUIAR, A. C. P.; RIBEIRO, L. A. D. (org.). **Tramas para a justiça ambiental: diálogo de saberes e práxis emancipatórias**. Fortaleza: UFC, 2018.

RODRIGUES, L. **Planos de saúde propõem atendimento priorizando médicos de família**. Rio de Janeiro: Agência Brasil, 2018. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-10/planos-de-saude-propoe-atendimento-priorizando-medicos-de-familia>. Acesso em: jan. 2019.

RONZANI, T. **Novas políticas e velhas práticas**: um estudo sobre identidade de médicos de PSF. 2002. 171 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

RUIZ, D.; MARTUFÍ, V. **Posicionamentos internacionais sobre a Carta de Astana**. Brasília: Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, 2018. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2018/11/26/posicionamentos-internacionais-sobre-a-carta-de-astana/>. Acesso em: 30 set. 2021.

SAID, E. W. **Orientalismo**: o Oriente como invenção do Ocidente. Tradução Tomás Rosa Bueno. São Paulo: Companhia das Letras, 1978.

SAKS, M. Medicine and complementary medicine: challenge and change. *In*: SCAMBLE, G.; HIGGS, P. **Modernity, medicine and health: medical sociology towards 2000**. London: Routledge, 2005. p. 198-215.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. Porto: Afrontamento, 2000.

SANTOS, B. S. Direitos Humanos, democracia e desenvolvimento. *In*: CHAUI, M.; SANTOS, B. S. (org.). **Direitos humanos, democracia e desenvolvimento**. São Paulo: Cortez, 2013. p. 41-66.

SANTOS, B. S. Para além do pensamento abissal. **Novos Estudos**, São Paulo, v. 79, p. 12- 28, 2007.

SANTOS, B. S. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v. 63, 2002.

SANTOS, B. S.; ARAÚJO, S.; BAUMGARTEN, M. As Epistemologias do Sul num mundo fora do mapa. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 18, n. 43, p. 14-23, 2016.

SANTOS, B. S.; MENDES, J. M. (org.). **Demodiversidade**: imaginar novas possibilidades democráticas. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. **Epistemologias do Sul**. Coimbra: Almedina, 2009.

SANTOS, I. A solução para o SUS não é um Brazil care. **RECIS**: revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde, Manguinhos, v. 10, n. 3, 2016.

SANTOS, I.; SANTOS, M.; BORGES, D. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030** – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. v. 4, p. 73-131.

SANTOS, J. V. O SUS reduzido a sistema complementar do setor privado. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**, São Leopoldo, 2019. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/artigo/7654-o-sus-reduzido-a-sistema-complementar-do-setor-privado>. Acesso em: maio 2020.

SANTOS, L. **Nota Técnica**: Medida Provisória n. 890, de 2019. Análise jurídica. Brasília: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2019. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-34-setembro-2019?lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2021.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. São Paulo: Record, 2000.

SARTI, T. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19? **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, 2020.

SAVASSI, L. C. M.; DIAS, E. C.; GONTIJO, E. D. Formação médica, atenção primária e interdisciplinaridade: relato de experiência sobre articulações necessárias. **Revista de Docência de Ensino Superior**, Belo Horizonte, v. 8, n. 1, p. 189-204, 2018.

SCHRAIBER, L. Saúde coletiva: um campo vivo. *In*: PAIM, J. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 9-19.

SEGATO, R. L. Gênero e colonialidade: em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico descolonial. **E-cadernos CES**, Coimbra, n. 18, 2012.

SERAPIONI, M.; TESSER, C. D. O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 5, p. 44-57, 2019.

SILVA, C. *et al.* Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, 2010.

SILVA, I.; ARANTES, C. Relações de poder na equipe de saúde da família: foco na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 607-15, 2017.

SOARES, R. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n.1, p. 24-32, 2018.

SOUSA, M. **A cor-agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2001. 46 p.

SOUTO, L. R. F; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, 2016.

SPINK, M.; MEDRADO, B. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas 72 discursivas. *In*: SPINK, M. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. São Paulo: Cortez, 1999. p. 41- 61.

SPIVAK, G. C. Can the Subaltern Speak? *In*: NELSON, C.; GROSSBERG, L. (ed.). **Marxism and the Interpretation of Culture**. Chicago: University of Illinois Press, 1988.

SPIVAK, G. C. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte: UFMG, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002. 726 p.

TASCA, R. *et al.* **Nota técnica: Financiamento do SUS e APS: ameaças aos avanços de três décadas**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2021. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2021/10/24/3-seminario-2021-rede-aps-uma-agenda-politica-estrategica-e-de-pesquisa-para-a-aps-no-sus/>. Acesso em: nov. 2021.

TASCA, R. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, n. 44, p. 1-8, 2020.

TEIXEIRA, A. **Educação não é privilégio**. São Paulo: Nacional, 1957.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Prevenção quaternária e práticas integrativas e complementares (II): aproximação contextual. **Revista Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2566, 2021.

TESTA, M. Atenção primária (ou primitiva?) de saúde. *In*: TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TORO, M. **Més de la meitat dels CAP**. Washington: Tancats, 2020. Disponível em: https://www.ara.cat/societat/Mes-meitat-dels-CAP-tancats-coronavirus-covid-19_0_2430356950.html. Acesso em: jul. 2021.

TREVISAN, L.; JUNQUEIRA, L. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007.

UNITED KINGDOM. **Consultative council on medical and allied services**. Interim report on the future provision of medical and allied services. London: Health Ministry, 1920. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>. Acesso em: 27 dez. 2021.

VASCONCELOS, K. E. L.; SCHMALLER, V. P. V. Estratégia Saúde da Família: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 17, n. 1, p. 89-118, 2011.

VASCONCELOS, K. E. L. *et al.* Contrarreforma na Atenção Primária à Saúde: a Estratégia Saúde da Família em foco. *In*: SILVA, A. X.; NÓBREGA, M. B.; MATIAS, T. S. C. (org.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social**: as inflexões na política de saúde. Campina Grande: Eduepb, 2017.

VILLA, E. A. *et al.* As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1044-1052, 2015.

VITÓRIA, A.; CAMPOS, G. **Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI – frente estamira de caps**. Rio de Janeiro: Frente Estamira de CAPS, 2020. Disponível em: <https://frenteestamira.org/2020/04/02/so-com-aps-forte-o-sistema-pode-ser-capaz-de-achatar-a-curva-de-crescimento-da-pandemia-e-garantir-suficiencia-de-leitos-uti/>. Acesso em: set. 2021.

WALLERSTEIN, I. **O universalismo europeu** – a retórica do poder. São Paulo: Boitempo, 2007.

WANG, C. *et al.* A novel coronavirus outbreak of global health concern. **Lancet**, London, v. 395, n. 10223, p. 470-473, 2020.

WEILLER, J. A. B. **O desmonte do SUS em tempos de Bolsonaro**. Rio de Janeiro: Cebes, 2019. Disponível em: <http://cebes.org.br/2019/12/o-desmonte-do-sus-em-tempos-de-bolsonaro/>. Acesso em: 30 out. 2020.

WELZ, L. **A urgente necessidade de mudança no protocolo de manejo clínico da AB diante da pandemia de Covid-19**. Rio de Janeiro: Cebes, 2020. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/06/a-urgente-necessidade-de-mudanca-no-protocolo-de-manejo-clinico-da-ab-diante-da-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Financing Health Systems**: the path to universal coverage. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371>. Acesso em: 3 jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2008**: primary health care now more than ever. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf. Acesso em: abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on Covid-19**. Geneva: WHO, 11 Mar. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: dez. 2020.

WRIGHT MILLS, C. The Problem of Industrial Development. In: HOROWITZ, I. (org.). **Power, Politics and People**. Nova Iorque: Oxford University Press, 1963.

APÊNDICE A – ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO

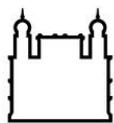
Nome completo:

Cargo/Função/Relação com a AB:

Tempo de atuação (estudo, trabalho, militância) na AB:

- 1- Conte-nos sobre sua experiência no debate sobre a AB no Brasil.
- 2- Para você qual a posição que a AB ocupa dentro do SUS?
- 3- Pensando nos diversos modelos propostos a nível mundial, como você analisa as relações de poder estabelecidas no SUS e na AB desde 2016?
- 4- Você acredita que a AB é legitimada (socialmente, financeiramente, pela gestão, pela academia, pelos pares)?
- 5- Consegue identificar mudanças positivas e negativas sobre a política de AB desde 2016?
- 6- Quais os atores políticos e não políticos que disputam a AB desde 2016?
- 7- Que avaliação você faz da relação entre os setores públicos e privados de saúde brasileiro?
- 8- Como analisa a relação entre os níveis de atenção à saúde e entre os entes federados no que tange ao financiamento?
- 9- Você consegue identificar características europeias e/ou norte americanas na AB desde 2016?
- 10- Entendendo o conceito de colonialidade de forma mais ampla, ou seja, uma relação de apropriação, violência, subalternização de saber, poder e ser, você diria que a AB tem vivido processos de colonialidade? Se sim, qual sua sugestão para uma mudança para sua descolonização?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Aggeu Magalhães

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos o senhor (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa de doutorado: **O pensamento abissal na produção e reprodução de saberes e práticas na Política Pública de Atenção Básica à saúde no Brasil.**

Esta pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora Karla Adriana Oliveira da Costa, residente na Avenida Beira Mar, 5456, apt 201, Candeias, Jaboatão dos Guararapes – PE, CEP: 54440-000, Telefone: 87884421/32521978, e-mail: karla.costa.nutricao@hotmail.com e está sob a orientação de: Paulette Cavalcanti de Albuquerque, e-mail: paulette.cavalcanti@gmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que o (a) senhor (a) não entenda, havendo alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que o (a) senhor (a) esteja bem esclarecido (a) sobre sua participação na pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não serão penalizados (as) de forma alguma. O (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da participação do (a) a qualquer tempo, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O objetivo da pesquisa é: **Analisar o pensamento abissal que perpassa a Política Pública de Atenção Básica à Saúde no Brasil de 2016 a 2020.**

Uma vez o senhor (a) concordando em participar do estudo receberá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que precisará ser assinada em duas vias, uma ficará em posse do voluntário e a outra em será arquivada pela pesquisadora.

Os participantes serão entrevistados em um momento único, salvo no caso de necessidade de esclarecimentos ou falha em algum questionário, podendo acontece algum reencontro e mediante um roteiro de entrevista semiestruturada, todas as entrevistas serão realizadas individualmente em ambiente reservado. No ato da coleta de dados as respostas serão gravadas para posterior transcrição e análise.

Para tal pesquisa o risco que poderá existir aos sujeitos estudados é constrangimento e exposição, pois os mesmos responderão a perguntas, porém esse risco será minimizado através da não identificação do indivíduo entrevistado, afirmando dessa forma a segurança das respostas obtidas através da manutenção do caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade. Bem como o acesso ao Termo de Consentimento Livre Esclarecimento, podendo a qualquer momento da pesquisa solicitar a sua exclusão. E os benefícios do estudo para os sujeitos serão a possibilidade de com as suas falas ampliar o debate sobre atenção básica, e assim os mesmos contribuirão para a sua reinvenção, sendo assim de extrema importância para o futuro dessa política pública.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação. Os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados em pastas de arquivo em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora e orientadora, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos. O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães no endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária, Recife - PE, 50670-420, Tel.: 55 81 2101-2639, e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br).

Assinatura da pesquisadora

CONSENTIMENTO PARA A PARTICIPAÇÃO DO (A) VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, autorizo a minha participação no estudo **O pensamento abissal na produção e reprodução de saberes e práticas na Política Pública de Atenção Básica à saúde no Brasil**. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de seu acompanhamento/assistência/tratamento para mim.

Local e data _____

Assinatura do (da) participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar. 02 testemunhas:

Nome:
Assinatura:

Nome:
Assinatura:

ANEXO A – ATA RESUMIDA CNS

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE****RESUMO EXECUTIVO DA TRICENTÉSIMA VIGÉSIMA SEXTA REUNIÃO
ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS**

Data: 13 e 14 de fevereiro de 2020

Local: Plenário do Conselho Nacional de Saúde "Omilton Visconde", Ministério da Saúde, localizado na Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília, Distrito Federal

OBJETIVOS DA 326ª REUNIÃO ORDINÁRIA:

- 1) Socializar os informes e apreciar as indicações.
 - 2) Conhecer e avaliar as ações adotadas pelo novo departamento e o contexto da política de AIDS no Brasil.
 - 3) Atualizar e articular ações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.
 - 4) Debater e deliberar sobre o modelo de financiamento e cadastro proposto para a atenção primária à saúde.
 - 5) Apreciar e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN.
 - 6) Analisar e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT.
 - 7) Conhecer e discutir os impactos causados na saúde e a dimensão do derramamento de óleo nas praias do nordeste brasileiro.
 - 8) Apresentar e apreciar questões relativas a Etapa Nacional da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.
 - 9) Socializar e deliberar as demandas das Comissões Intersetoriais, Câmaras Técnicas, Grupos de Trabalho, Coordenação de Plenárias dos Conselhos de Saúde e encaminhamentos do Pleno.
-

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DO CNS

CARTA DE ANUÊNCIA

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Aceito as pesquisadoras KARLA ADRIANA OLIVEIRA DA COSTA e PAULETTE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE sob responsabilidade da pesquisadora principal KARLA ADRIANA OLIVEIRA DA COSTA do Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães, FIOCRUZ – PE, para desenvolverem sua pesquisa intitulada **As epistemologias do Sul em diálogo com a Política Pública de Atenção Básica à Saúde no Brasil** sob orientação da Professora Doutora PAULETTE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedo a anuência para seu desenvolvimento, desde que me sejam assegurados os seguintes requisitos: 1. O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP; 2. A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa; 3. Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa; 4. No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Brasília, 24 de julho de 2019.



Marco Aurélio Pereira

Secretário Executivo Adjunto do Conselho Nacional de Saúde

ANEXO C – PARECER DO CEP/IAM

 **Pública** **Pesquisador** **Alterar Meus Dados**

Cadastros

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As epistemologias do Sul em diálogo com a Política Pública de Atenção Básica à Saúde no Brasil
Pesquisador Responsável: karla costa
Área Temática:
Versão: 4
CAAE: 12841219.1.0000.5190
Submetido em: 17/10/2019
Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1300525