

# Texto 3

## Perspectivas da atenção básica no contexto de universalização do direito à saúde

*Grasiele Nespoli, Daiana Crús Chagas, João Vinícius dos Santos Dias, Camila Furplanetti Borges*

A organização da atenção à saúde foi se diferenciando ao longo da história, de acordo com as condições sociais, políticas, econômicas, culturais e epistemológicas<sup>23</sup> de cada época. No Brasil, no início do século 20, constituiu-se e predominou o modelo campanhista, orientado pela realização de campanhas sanitárias para combater as epidemias de doenças específicas como a febre amarela, a malária, a varíola, a peste, por meio de vacinas e da implementação obrigatória de normas de higiene no espaço familiar e público. Esse modelo, com enfoque quase exclusivo na prevenção, prevaleceu até meados do século 20, quando, em consonância com o período militar, se fortaleceu outro modelo, centralizado, de caráter previdenciário e voltado para uma assistência hospitalar com enfoque na medicina curativa, restrito aos trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho que contribuíam com a previdência social (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; MATTA; MOROSINI, 2008).

Ambos possuíam caráter normativo e biomédico, quer dizer, preconizavam normas de conduta, individuais e sociais, e centralizavam a intervenção no combate à doença como fenômeno biológico, sem considerar a determinação social da saúde e da doença, isto é, “o papel da estrutura social como modeladora dos processos de produção da saúde e da doença” (BATISTELLA, 2007, p. 47), ou seja: a compreensão dos modos de vida como derivados não apenas de atributos biológicos e escolhas pessoais, mas de uma articulação de diferentes dimensões da vida - históricas,

---

<sup>23</sup> Epistemologia é o campo de estudo relativo ao conhecimento, à história do conhecimento, das ideias, teorias e ciências. Do grego *Episteme*: conhecimento, ciências, e *logos*: discurso, estudo. O modelo de atenção também se define de acordo com as epistemologias, isto é, as formas de se compreender o processo saúde-doença historicamente consolidadas.

econômicas, sociais, culturais, biológicas, ambientais e psicológicas. A partir dos anos 1970, todavia, ganha repercussão uma discussão acerca dos efeitos maléficoss desses modelos para a saúde da população, e a necessidade premente de sua modificação. Também nesse período, movimentos sociais denunciavam o fato de que as políticas pautadas nesses modelos eram incapazes de se comprometer com a ideia de saúde integral ou de saúde como direito de todos os brasileiros.

Foi no contexto de emergência do movimento, denominado de Reforma Sanitária, que o termo “atenção à saúde” foi se apresentando no intuito de “superar a clássica oposição entre assistência e prevenção, entre indivíduo e coletividade, que durante muitos anos caracterizou as políticas de saúde, no Brasil” (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 39). De modo geral, a atenção à saúde pode ser entendida como “a organização estratégica do sistema e das práticas em resposta às necessidades da população” (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 39). Preconiza, mais do que a assistência curativa ao doente, uma assistência que envolva todas as condições de vida que interferem na relação saúde-doença. Todavia, “atenção em saúde” é um termo em disputa, uma vez que diferentes sentidos e direções são atribuídos a ele. E a cada sentido que lhe é atribuído são alteradas as políticas, as estratégias, os programas e as ações de saúde responsáveis pela sua aplicação, interferindo diretamente nos modos de organização que constituem o que chamamos de Modelo de Atenção à Saúde – objeto de reflexão permanente na construção de sistemas de saúde.

Considerando a importância da organização de sistemas nacionais de saúde para o enfrentamento dos problemas de saúde globais, e inspirada em experiências de extensão de cobertura da assistência em saúde, desde a década de 1960, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem difundido a importância da Atenção Primária à Saúde (APS). Foi especialmente na primeira Conferência de Cuidados Primários à Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978, que a APS<sup>24</sup> foi apresentada como estratégia para a ampliação da cobertura dos sistemas nacionais de saúde, com vista ao alcance da meta, então delineada, de “saúde para todos no ano 2000<sup>25</sup>”, e como estratégia de

---

<sup>24</sup> A noção de Atenção Primária à Saúde (APS) “foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920” (FAUSTO; MATTA, 2008, p. 44), na Inglaterra, contrapondo-se aos modelos de atenção centrados nos indivíduos e no biológico. A proposta apresentada no relatório era de um modelo de atenção organizado de forma regionalizada, com base territorial e oferta de serviços domiciliares vinculados a um centro de saúde primário, com ações preventivas e curativas realizadas por médicos generalistas. Em caso de insuficiência da resposta no primeiro nível de atenção, a primária, o sistema deveria dispor de centros de referência com especialidades médicas e hospitais gerais. A proposta visava uma organização mais eficiente e com custos menores do Sistema de Saúde inglês (FAUSTO; MATTA, 2007).

<sup>25</sup> A meta “saúde para todos no ano 2000” englobava “educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento de água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais” (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 47).

organização dos sistemas de saúde, no sentido de se buscar maior resposta aos problemas e necessidades de saúde por meio de serviços de medicina preventiva e comunitária. Assim se afirmava:

[...] os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde. (Unicef, 1979, *apud* FAUSTO; MATTA, 2007, p. 46).

Entretanto, nesses organismos internacionais preocupados com a construção de sistemas nacionais de saúde que dessem conta da situação de saúde pública global, a força da economia neoliberal, crescente no final dos anos de 1970, permeava a discussão sobre a atenção primária em saúde. A perspectiva que prevaleceu na Conferência de Alma-Ata foi criticada, interpretada como uma concepção idealizada e muito ampla, e a ela foi contraposta uma perspectiva restrita, que defendia a oferta de pacotes seletivos de cuidados básicos, propostos por programas verticalizados, ordenados de cima para baixo, sem participação comunitária e sem organização de uma atenção integral nos sistemas de saúde. Essa concepção de APS seletiva, de oferta de cestas básicas de serviços de saúde, passou a fazer parte da agenda do Banco Mundial para orientar a economia e as demais áreas de atuação do Estado na lógica neoliberal.<sup>26</sup>

Contudo, enquanto a OMS foi deixando para trás a concepção da APS integral e propagando a proposta seletiva difundida pelo Banco Mundial, no Brasil, o contexto de reforma sanitária e de formulação do Sistema Único de Saúde caminhava num outro sentido. O movimento sanitário defendia a saúde como um direito social ancorado numa perspectiva ampliada, aos moldes de Alma-Ata, definida na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, da seguinte forma:

Em seu sentido mais abrangente, saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso ao serviço de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes níveis de desigualdades nos níveis da vida. (BRASIL, 1986, p. 4).

---

<sup>26</sup> O neoliberalismo é uma reação teórica e política surgida a partir da Segunda Guerra Mundial, contrária à política do Estado de bem-estar social (*welfare state*) então implementada nos países europeus. É uma perspectiva econômica que defende um Estado mínimo desburocratizado, afeito a uma disciplina orçamentária com contenção de gastos públicos em investimentos sociais, estímulo à concorrência como expressão de liberdade, redução de impostos sobre lucros e rendimentos, e a crença de que certa desigualdade social é importante para manter a economia dinâmica (ANDERSON, 1995). Por essa lógica, a oferta de serviços, inclusive de saúde, deve ser feita pela iniciativa privada.

Foi com base nessa concepção ampliada que o SUS foi fundamentado na Constituição Federal, pautado no princípio da universalidade do direito à saúde, conforme explicitado no art. 196:

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

Além disso, o SUS deve conformar uma rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com três diretrizes: a descentralização, a atenção integral e a participação comunitária.

Essas diretrizes indicaram uma primeira forma de ordenar o modelo de atenção à saúde no Brasil. A diretriz da descentralização enfatiza a importância dos municípios e estados na organização dos serviços de saúde, promovendo uma aproximação e uma articulação destes com a realidade de vida da população. A da atenção integral se contrapõe à fragmentação da rede de serviços e ao modelo biomédico centrado no atendimento individual, alinhado com os moldes indicados desde Alma-Ata. E a diretriz da participação comunitária amplia o vínculo e a participação direta da população na organização dos sistemas e serviços de saúde.

Com os avanços na produção de conhecimentos e com o desenvolvimento das normas que orientam a execução das políticas de saúde, outros princípios se constituíram como base para a construção do SUS. Um deles é o princípio da equidade que surge para promover o respeito às diferenças. Sua discussão leva ao reconhecimento da “pluralidade da condição humana, com a conseqüente diversidade das suas necessidades, e a atentar para as iniquidades das condições sociais, planejando políticas e ações para reduzi-las” (LOPES; MATTA, 2012, p. 307). O princípio da equidade aparece na relação com o princípio da igualdade assegurando a universalidade do direito à saúde, com ênfase à dimensão da justiça social, que deve ser considerada diante das diferenças e desigualdades do processo de adoecimento e morte. Cabe enfatizar que a situação de iniquidade ainda é extrema no Brasil, em razão das desigualdades socioeconômicas existentes no país, que se refletem tanto no perfil epidemiológico das doenças que acometem as diferentes classes sociais de forma distinta, quanto na distribuição dos serviços, equipamentos e tecnologias para o cuidado à saúde.

Os esforços de pensar estratégias, diretrizes e políticas no sentido de reorientar os modelos de atenção à saúde fazem parte do processo de construção do SUS. Todavia, a história não caminhou de forma linear e progressiva. Diversas foram as políticas formuladas nos mais de 30 anos de história do SUS. Vivemos momentos de avanços e de retrocessos no que diz respeito aos modelos de atenção à saúde.

Entre os avanços, vale destacar a importância da Estratégia Saúde da Família para a reversão do modelo centrado no atendimento hospitalar, curativo e de alto custo. Com base na experiência do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (Pacs), iniciado em âmbito nacional em 1991, o Ministério da Saúde implantou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) com o intuito de promover uma extensão da cobertura da atenção à saúde. A partir de 1996, com a publicação da Norma Operacional Básica da Saúde, a NOB/96, o PSF é ressignificado como uma estratégia que vai alterar o modelo de atenção à saúde. A partir de então, a atenção básica deveria ser promovida por meio de mecanismos de financiamento capazes de fortalecer, progressivamente, os sistemas municipais de saúde, para implantação do PSF e do Pacs, e para a substituição dos postos de saúde tradicionais, herdados do modelo campanhista.

Alguns anos depois, em 2006, com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB), como parte das estratégias do Pacto pela Saúde<sup>27</sup>, a ESF foi indicada como a porta de entrada preferencial do SUS e dispositivo de integração da rede de serviços, secundária (de especialidades) e terciária (de hospitais), para assegurar atenção integral à população, a partir do reconhecimento dos problemas de saúde nos territórios. A denominação “atenção básica” (AB) foi adotada no Brasil para se contrapor ao sentido que reduz a APS à oferta de um pacote de serviços seletivos. Mas também para afirmar uma concepção ampliada e integral, comprometida com a construção de sistemas universais de saúde.<sup>28</sup> A PNAB de 2006 definia o seguinte:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006, p. 10).

---

<sup>27</sup> O Pacto pela Saúde foi um conjunto de diretrizes elaboradas e pactuadas de forma tripartite (estados, municípios e União), na perspectiva de superar as dificuldades para a consolidação do SUS. Aprovado e regulamentado pelas portarias GM 399 de 22 de fevereiro de 2006 e GM 699 de 30 de março de 2006, o Pacto pela Saúde estabeleceu uma nova relação entre os gestores, promovendo um conjunto considerável de mudanças articuladas em três dimensões que englobam o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

<sup>28</sup> Embora haja essa diferenciação, Giovanella ressalta que ambos os termos, APS e AB “podem alinhar-se a uma proposição de sistema público universal de qualidade” (2018, p. 35), por isso a autora os toma como equivalentes.

Com isso, a ESF tornou-se um dispositivo estruturante na organização dos Sistemas Municipais de Saúde, ao operacionalizar esse conjunto de ações promovendo um trabalho interdisciplinar, em equipe, com base territorial, e com forte capacidade para construção de respostas mais consistentes aos problemas de saúde das populações. Essa redefinição do modelo de atenção, em 2006, priorizou os vínculos entre trabalhadores e usuários, que se estabelecem pelo diálogo, com escuta atenciosa e reciprocidade. Daí a importância do agente comunitário de saúde (ACS) como trabalhador com potencial de promover a integração entre serviço, equipes e comunidade, marcando um diferencial em relação a outros modelos de atenção centrados nos profissionais médicos.

Os investimentos na ESF e na reorientação do modelo de atenção seguiram com a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), a partir de 2008, para atuarem no matriciamento das ações de saúde<sup>29</sup>; do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB), em 2011, que propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho e dos serviços de saúde; e do Programa Mais Médicos, em 2013, com a finalidade de resolver o problema da escassez de médicos e melhorar e expandir a atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS (BRASIL, 2015).

O processo de regionalização do SUS avançou com a publicação de normas operacionais, nos anos 2000, e com uma política de incentivo à constituição de Redes de Atenção à Saúde (RAS), a partir de 2010, que visa a “organização do conjunto de serviços de saúde, de forma não hierárquica, vinculados entre si por uma ação cooperativa que visa à garantia de oferta de atenção contínua e integral a determinada população” (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018, p. 51).

Todas essas iniciativas e políticas estavam envolvidas em um processo de fortalecimento da atenção básica como coordenadora do cuidado em saúde, centro de uma “certa orquestração e acompanhamento do processo e da trajetória assistencial dos usuários, inclusive quando estes são atendidos em outros serviços distintos da APS” (MELLO; MATTOS, 2018, p. 96-97). Para fazer a coordenação do cuidado é necessária uma forte articulação entre os serviços e instituições de saúde de modo a compor as RAS, que devem ser, por sua vez, potencializadas pela expansão da cobertura realizada pela ESF e pela implementação de serviços de especialidades, que devem atuar na retaguarda da atenção básica.

São inegáveis os avanços promovidos nos últimos anos, principalmente em termos de aumento da cobertura e de redução de importantes problemas de saúde,

<sup>29</sup> Matriciamento é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes constroem, conjuntamente, uma proposta de cuidado. Diferentemente do atendimento realizado por um especialista, o matriciamento, além da intervenção assistencial, visa ampliar o campo de atuação das equipes de saúde e qualificar suas ações por meio de um processo pedagógico e terapêutico (CHIAVERINI, 2011).

que refletiram na melhoria dos indicadores de saúde. Hoje, a AB cobre 75% da população, enquanto as equipes de saúde da família atendem 65% da população do país.<sup>30</sup> Ainda que sejam registradas desigualdades nos avanços, houve um aumento geral das ações de prevenção e cuidado de diversas doenças, com maior oferta de consultas de pré-natal e atenção materno-infantil, e redução significativa da mortalidade infantil.

Todavia, o SUS sempre teve seu crescimento limitado pelo subfinanciamento e, mais recentemente, pela precarização das relações de trabalho, intensificadas pela terceirização via Organizações Sociais (OS) e pelo fortalecimento de um modelo de gestão caracterizado pelo gerencialismo<sup>31</sup> - voltado para o cumprimento de metas que, muitas vezes, desconsideram as necessidades de saúde das populações e retiram a autonomia das equipes de saúde da família na construção do cuidado. Esse modelo vem vigorando sobre os processos de trabalho da atenção básica.

A partir de 2016, observamos uma série de retrocessos nas políticas públicas de saúde, a começar pela Emenda Constitucional nº 95, aprovada em dezembro daquele ano, que congelou os gastos com saúde, educação e outras áreas sociais por 20 anos, agudizando o desfinanciamento do SUS e pondo em risco a saúde da população brasileira. Ao mesmo tempo, iniciou-se um processo de flexibilização da ESF como principal dispositivo de reorganização do modelo de atenção à saúde, por meio da revisão da PNAB em 2017 (BRASIL, 2017).

A PNAB 2017 desobriga a contratação de ACS nas equipes de ESF e redefine suas atribuições, agregando atividades dos agentes de controle de endemias (ACEs) e dos trabalhadores de enfermagem em suas funções (MOROSINI; FONSECA, 2018). Com isso, houve uma desvalorização da importância do trabalho educativo comunitário realizado pelos ACSs, de produção de informação relacionada às condições de saúde e doença em sua área de trabalho, de acompanhamento de famílias em visitas domiciliares, de mobilização social e de articulação territorial. À depreciação do trabalho dos ACSs na promoção da atenção básica, agregou-se a orientação enviesada de “uma concepção individualizante de prevenção de riscos e promoção de comportamentos saudáveis” (MOROSINI; FONSECA, 2018, p. 401), que ao imputar aos indivíduos a responsabilidade pela manutenção das suas condições de saúde, desconsidera a compreensão da relação entre os modelos de atenção e as forças econômicas, políticas e culturais; e, conseqüentemente, des-

---

<sup>30</sup> Site E-Gestor, Informação e gestão da atenção básica. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml?jsessionid=hvXDSiUMewBN3Yfv-ARTk4kq>. Acesso em: 19 out. 2020.

<sup>31</sup> Sobre o conceito de gerencialismo, consultem o verbete em: PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; MENDES-LEAL, R. Gerencialismo. In: LIMA, Júlio César França (org.). Dicionário de empresas, grupos econômicos e financeirização na saúde. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 20-25. (v. 1).

preza a obrigação do Estado em intervir sobre a determinação social da saúde e da doença. O que se identificou, a partir de então, é uma prevalência da lógica neoliberal impondo-se sobre os princípios e as diretrizes mais basilares do SUS.

Em 2019, houve a retomada do termo APS no lugar de AB nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, a instituição do Programa Médicos pelo Brasil (PMB), a autorização de criação da Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), da Carteira de Serviços para a Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) e do Programa Previne Brasil que, “combinados sinergicamente, ampliam as possibilidades de privatização da saúde” (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p. 3).

A respeito da CaSAPS, é preciso destacar que ela minimiza o debate com usuários, profissionais e gestores e traz como centralidade a organização dos serviços e ações de saúde em cinco grupos: “Vigilância em Saúde e Promoção à Saúde”, “Atenção e Cuidados Centrados no Adulto e no Idoso”, “Atenção e Cuidados Centrados na Criança e no Adolescente”, “Procedimentos na APS” e “Atenção e Cuidados Relacionados à Saúde Bucal – Odontologia”. (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

A proposta restringe a discussão sobre a organização do trabalho, dissocia o território do processo de determinação da saúde e da doença, enfraquece as noções de comunidade e de participação popular, reduz os arranjos voltados para a integralidade, a intersectorialidade e o trabalho multidisciplinar. Grosso modo, a CaSPAS promove uma desconstrução da ESF e do trabalho comunitário de base territorial, realizado principalmente pelo ACS. No documento final,

esse trabalhador é mencionado uma única vez, em recomendação relativa ao cuidado ao puerpério. Radicaliza-se, assim, a orientação da PNAB 2017 que deixou de prever um número mínimo desse trabalhador nas equipes de saúde da família e admitiu equipes de atenção básica sem ACS (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p. 14).

Ocorre que a CaSAPS acaba figurando um conjunto de serviços essenciais a ser ofertado por todas as unidades de Saúde da Família que compõem a atenção básica no Brasil, “com predomínio de ações e práticas clínicas, de caráter individual e assistencial, com ênfase em patologias e procedimentos” (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

É interessante notar que a CaSAPS distorce a noção de integralidade exatamente porque a define como: “as ações que as equipes de saúde devem oferecer para que as pessoas/cidadãos recebam atenção integral” (BRASIL, 2019, p. 19). Acreditamos que o pressuposto para a ocorrência da integralidade é o serviço de saúde estar aberto para atender às necessidades que os usuários apresentem e não pré-estipular uma lista de serviços à qual o usuário deveria ter acesso (isso era o que acontecia no modelo de saúde campanhista anterior ao SUS). A distorção do

princípio da integralidade também ocorre porque essa política é focada em serviços biomédicos.

Outros aspectos que devem ser considerados são: a proposta amplia a fragmentação do trabalho em equipe, dificulta a construção do vínculo e do acompanhamento longitudinal como estratégias de cuidado, afasta os profissionais da realidade do território, prendendo-os ao trabalho prescrito e pré-definido por uma listagem, e não menciona a

[...] ação dos agentes comunitários de saúde, elo da articulação das equipes com as populações, cruciais na busca ativa, na facilitação do acesso para famílias vulneráveis, nas ações de saúde coletiva, na educação em saúde, na promoção da participação social. (GIOVANELLA, 2019, on-line).

A preocupação que valida a oferta da CaSAPS gira em torno da busca por uma maior eficiência, sob o argumento de que ela geraria mais qualidade. Contudo, Giovanella ressalta que a “busca da eficiência em si poderia reduzir custos, mas não gera qualidade. Qualidade resulta de um conjunto amplo de iniciativas articuladas e seu alcance em geral implica em uso de recursos adicionais” (GIOVANELLA, 2019, on-line). Além disso, a pesquisadora argumenta que

[...] o foco nos aspectos econômicos faz subentender que a carteira tem por objetivo, não primordialmente melhorar a qualidade, mas servir como instrumento para estabelecer contratos com o setor privado. (GIOVANELLA, 2019, on-line).

Além de todos os retrocessos da atenção básica já citados, é importante esclarecer que a promessa da carteira de serviços de aumentar a cobertura da APS não tem condições de ser cumprida. Além de essa normativa não ter vindo conjugada nem à ampliação das equipes nem a maiores investimentos em estrutura, ela ainda veio acompanhada de novos constrangimentos, como o Programa Previne Brasil, que estabelece um novo modelo de financiamento do custeio da APS. O financiamento da APS passou a ser condicionado ao número de habitantes cadastrados e às metas a serem atingidas pelos municípios. Essas normativas parecem ser bastante adequadas à perda de financiamento proporcionada pela Emenda Constitucional nº 95.

Segundo De Seta, Ocké-Reis e Ramos, é

Necessário questionar o argumento do cadastramento na garantia do acompanhamento e cuidado aos usuários inscritos nas UBS. A parametrização automática de uma [equipe] eSF como responsável por 2.000 a 4.000 pessoas pela nova proposta não significa acesso e atendimento efetivos, tampouco o cadastramento no modelo simplificado. [...] A análise sobre a suposta ineficiência do cadastramento atual desconsidera os problemas gerenciais na manutenção de equipes completas, estrutura física de unidades e perdas de registros em transições de tecnologias como nas implantações do Sistema de Informações em Atenção Básica (Sisab) ou da estratégia E-SUS (2020, on-line).

Antes disso, o financiamento acontecia pelos Pisos da Atenção Básica, Fixo e Variável, que garantiam orçamento, respectivamente, de acordo com um número de habitantes da região adstrita e de acordo com a quantidade de equipes – de ESF e do Nasf – implantadas. Esse modelo de financiamento, que vigorou de 1996 a 2019, estimulou a adesão dos municípios e garantiu o aumento substancial da cobertura da atenção básica. Já o Previne Brasil compromete a universalidade da atenção à saúde por não considerar o total da população, reduzindo mais ainda os investimentos na saúde pública. Morosini, Fonseca e Baptista ressaltam que o novo modelo de financiamento “desperta a preocupação quanto ao enfoque no indivíduo, em detrimento da perspectiva comunitária e da atenção territorializada” (2020, p. 10). Essas autoras também citam um estudo realizado pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro que prevê um impacto negativo no financiamento: nos moldes do Previne Brasil, é possível que o estado do Rio de Janeiro tenha uma perda entre 4,68% e 37,15% do repasse federal.

Em seu conjunto, os programas e políticas lançados desde 2016 levaram a uma redução do financiamento para a Estratégia Saúde da Família, que pode comprometer a possibilidade de atuação multiprofissional (com a redução dos Nasf), com importante retorno da lógica biomédica curativista (DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2020). A partir de 2019, o retrocesso é ainda maior, com a retomada da concepção de uma APS seletiva, num contexto de forte política de austeridade fiscal e de restrição de direitos sociais no país. As mudanças reforçam a racionalidade biomédica, com foco nas doenças e agravos, reduzindo o cuidado a uma dimensão técnica focalizada nos atendimentos médicos. Para uma APS ampliada e integral é preciso compreender e problematizar a relação entre o processo saúde-doença e a dinâmica econômica, social e política do território, do país e do mundo - e isso deve fundamentar as políticas e normas técnicas do SUS.

A experiência histórica comprova que a ESF é um potente dispositivo de construção de um modelo de atenção à saúde abrangente e integral, capaz de produzir uma cultura sanitária aberta a outras racionalidades e formas de cuidado diferentes da biomedicina. Na disputa com a força da economia capitalista e neoliberal, sempre foram impostos limites à construção do SUS e à expansão da APS/AB. O SUS sofre cronicamente por falta de financiamento suficiente para que a ampliação de sua rede possa garantir atenção universal e integral para toda a população brasileira. Do subfinanciamento passamos para um momento de desfinanciamento, o que impede a universalização do direito à saúde.

Segundo Marques (2017), os que lutaram para que a saúde fosse reconhecida como um direito universal garantido pelo Estado, não conseguem ver esse direito plenamente atendido, pois falta, para isso, suporte financeiro. Para o autor, o SUS deveria ser uma bandeira da população brasileira. A disputa por recursos financeiros sempre foi uma barreira enfrentada pelos defensores do SUS, desde a sua criação.

A respeito da ESF, os problemas estruturais ferem seu propósito de reversão do modelo de atenção à saúde. Deles derivam dificuldades como: a de compor redes integrais de atenção à saúde para reduzir as desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização de serviços de saúde; a de investir em processos formativos que possam problematizar os limites da hegemonia biomédica como modelo de atenção e cuidado; a baixa densidade da participação popular, principalmente, em contexto de restrição da democracia; a falta de estrutura adequada para a construção de linhas de cuidado e de projetos terapêuticos integrativos e com base nas necessidades das pessoas e comunidades.

Todos esses retrocessos e dificuldades põem em risco a saúde da população brasileira, como evidenciado com a pandemia da Covid-19 que se iniciou em final de 2019, na China, e que chegou ao Brasil no início de 2020, revelando a importância de se ter um sistema universal de saúde forte e integral<sup>32</sup>, capaz de atuar com uma AB desde a prevenção até a recuperação da saúde e também sobre a determinação social que gera sofrimento, adoecimentos e mortes, como a falta de saneamento, de condições dignas de moradia, de alimentação saudável, de transporte barato, confortável e seguro, de água potável, de cultura, de tempo para o lazer, de trabalho, de salário e aposentadoria dignos, entre outros bens fundamentais para se viver com qualidade de vida<sup>33</sup>.

Sem dúvida, é hora de retomarmos o diálogo e pensarmos novas possibilidades para seguirmos juntos na luta por maiores investimentos na saúde pública, pela universalização do SUS em todas as regiões do país, resguardando a equidade, priorizando a ESF como dispositivo de redefinição do modelo de atenção à saúde, pelo fortalecimento das RAS, pela realização da educação popular em saúde, pelo fortalecimento da participação social e pela construção de linhas de cuidado e de projetos terapêuticos que possam corresponder às necessidades de saúde individuais e coletivas.

---

<sup>32</sup> Segundo a professora e pesquisadora de saúde pública, Danielle Moraes, uma boa parte dos casos de Covid-19 agravaram-se devido à falta de acesso a medicamentos que faziam parte da farmácia básica das Unidades de Saúde da Família, como azitromicina. Dos casos que deveriam ser emergência, mas sequer encontraram atendimento (em consequência do colapso do sistema), uma parte teve causas sensíveis à atenção básica (MORAES, 2020). Os medicamentos que seriam determinantes para o acompanhamento dos casos de Covid-19 na atenção básica têm faltado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) desde que se iniciou o desmonte da política de atenção básica com a PNAB 2017.

<sup>33</sup> Da pandemia que mobilizou diversos países e levou a óbito milhões de pessoas no mundo, devemos levar adiante a importância de sistemas de seguridade social, fundamentados no princípio da solidariedade, que possam dar proteção social a todas as populações em situações de emergência como a que vivemos. A garantia do direito à saúde passa pela construção de uma APS capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde, com um modelo de atenção integral e ampliado, com retaguarda dos outros níveis de atenção de forma regionalizada. Nesse horizonte, é preciso defender o SUS e o investimento em pesquisas e formação profissional, retomando o financiamento das instituições públicas, universidades e centros de pesquisa, para que desenvolvam tecnologias que possam, cada vez mais, promover saúde e potencializar a vida.

## Referências bibliográficas

- BATISTELLA, Carlos. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andre (org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 25-49.
- BRASIL. *Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal; Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. 60 p. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Pactos pela Saúde, v. 4).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. *Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde Brasileira - Avaliação por Convidados Externos e Consulta Pública*. Brasília: 2019. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/carteira\\_servico\\_da\\_APS\\_consulta\\_SAPS.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/carteira_servico_da_APS_consulta_SAPS.pdf). Acesso em 19 out. 2020.
- CHIAVERINI, Dulce Helena et al. (org.). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf). Acesso em: 19 out. 2020.
- DE SETA, Marismary Horsth; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; RAMOS, André Luis Paes. Programa Previne Brasil: O ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Cien Saude Colet* [periódico na internet], mar. 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/programa-previne-brasil-o-apice-das-ameacas-a-atencao-primaria-a-saude/17535?id=17535>. Acesso em: 19 out. 2020.
- SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As origens da Reforma

Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flávio Coelho (org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; ALMEIDA, Patty Fidélis de; BOUSQUAT, Aylene. Organização da atenção primária à saúde no Brasil e os desafios para a integração de redes de atenção. In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de et al. *Atenção primária à saúde: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2018. p. 51-72.

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

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? Espaço Temático: Política Nacional de Atenção Básica. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 8, p. 1-5, 2018.

GIOVANELLA, Lígia; MENDES, Cassiano Franco. *Comentários sobre a carteira nacional de serviços para a APS sob consulta*. Entrevista em 22 de agosto de 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/comentarios-sobre-a-carteira-nacional-de-servicos-para-a-aps-sob-consulta-artigo-de-ligia-giovanella-e-cassiano-franco/42331/>. Acesso em: 19 out. 2020.

LOPES, Márcia Lopes Cavalcanti; MATTA, Gustavo Corrêa. SUS, gestão participativa e equidade. In: GUIZARDI, Francini L. et al (org.). *Políticas de participação e saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2012. p. 305-322.

MARQUES, Rosa Maria. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. *Planejamento e políticas públicas*, n. 49, 2017. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/950>. Acesso em: 19 out. 2020.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria. Atenção à saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. *Dicionário de educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 39-44.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria. Atenção primária à saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. *Dicionário de educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 44-50.

MELLO, Eduardo; MATTOS, Rubem. Gestão do cuidado e atenção básica: controle ou defesa da vida? In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães

de et al. *Atenção primária à saúde: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2018. p. 95-116.

MORAES, Danielle Ribeiro de. Sessão virtual “Vozes da favela e da periferia sobre a Covid-19”, ocorrida em 8 de maio de 2020. Rio de Janeiro: Departamento de Endemias Samuel Pessoa (DENSP/ENSP)/ Grupo Educação Saúde e Cidadania, 2020.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira. Configurações do trabalho dos agentes comunitários na atenção primária à saúde: entre normas e práticas. In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de et al. *Atenção primária à saúde: conceitos, práticas e*

*pesquisa*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2018. p. 369-405.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Farias. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad. Saúde Pública*, v. 36, n. 9, p. 1-20, 2020.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; MENDES-LEAL, Rodrigo. Gerencialismo. In: LIMA, Júlio César França (org.). *Dicionário de empresas, grupos econômicos e financeirização na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 20-25. (v. 1).