ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: uma análise sobre as transformações ocorridas no contexto pós-golpe de 2016

Leonardo Diego da Silva Silveira[1]
Edla Hoffmann[2]

RESUMO

Este estudo versa sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil contemporâneo, principalmente, sobre as mudanças que esse nível de atenção à saúde tem experimentado no país após o contexto de *impeachment* sofrido pela ex-presidente Dilma Rousseff no ano de 2016. Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi analisar as mudanças ocorridas no âmbito da APS no Brasil com vistas a contribuir com o debate acerca da temática. Para construção do estudo foi realizado pesquisa bibliográfica e análise documental, de cunho exploratório e descritivo, mediante abordagem de natureza qualitativa e método dialético. Como desfechos conclusivos, a pesquisa revelou que as mudanças implementadas na APS brasileira não contribuem para romper com a lógica de uma APS seletiva e focalizada que circunscrevem os serviços de saúde, tampouco potencializam as estratégias exitosas existentes no nível de atenção no país.

Palavras-chave: Política de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Transformações.

ABSTRACT

This study deals with Primary Health Care (PHC) in contemporary Brazil, mainly on the changes that this level of health care has experienced in the country after the context of impeachment suffered by former president Dilma Rousseff in 2016. In this sense, the aim of this study was to analyze the changes that occurred within the scope of PHC in Brazil with the aim of contributing to the debate on the subject of. For the construction of the study, a bibliographical research and documentary analysis, exploratory and descriptive, was carried out through a qualitative approach and dialectical method. As conclusive outcomes, the research revealed that the changes implemented in Brazilian PHC do not contribute to break with the logic of selective and focused PHC that circumscribes health services, and also do not potentiate the existing successful strategies at the level of care in the country.

Keywords: Health Policy. Primary Health Care. Transformations.

[1] Assistente Social. Mestrando do Programa Pós-Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Questão Social, Política Social e Serviço Social. E-mail: leonardodiego_@hotmail.com.
[2] Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil; professora no curso de graduação e pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em Natal, RN, Brasil. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Questão Social, Política Social e Serviço Social. E-mail: edla.hoffmann@ufrn.br.

1 INTRODUÇÃO

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) se apresenta como nível inicial de acesso ao cuidado integral em saúde, sendo responsável por um conjunto de ações de saúde, sejam individuais, familiares e/ou coletivas, que abarca a promoção, a proteção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, além dos cuidados paliativos e da vigilância em saúde (BRASIL, 2017). Na APS, os serviços são efetivados por equipes multiprofissionais as quais assumem responsabilidade sanitária diante dos/as cidadãos/ãs em um território definido pela gestão do SUS.

A APS é uma das principais portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, com uma grande amplitude para prestação de serviços de saúde, já que está presente em todos os municípios brasileiros. Além disso, é responsabilidade da Atenção Primária à Saúde coordenar, organizar e ordenar o fluxo dos/as usuários/as nas Redes de Atenção à Saúde do SUS.

Nessa lógica, o estudo em evidencia versa sobre esse nível de atenção à saúde no Brasil, principalmente, sobre as mudanças pelas quais a Atenção Primária à Saúde tem experimentado no país após o contexto de *impeachment* sofrido pela ex-presidente Dilma Rousseff no ano de 2016. Após o referido ato, muitas transformações têm ocorrido na política de saúde no Brasil, onde a Atenção Primária tem protagonizado grande parte delas, as quais serão elucidadas no desenvolvimento desta produção científica.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi analisar as transformações ocorridas no âmbito da APS no Brasil, no intuito de contribuir com o debate crítico acerca da temática. Para isso, foi necessário a realização de um estudo de natureza qualitativa, de cunho exploratório e descritivo, mediante o método dialético. Logo, foi efetuado pesquisa bibliográfica sobre o tema em evidência e, principalmente, análise documental de portarias, decretos, legislações e documentos formulados e publicados pelo Ministério da Saúde com referência à APS nos anos posteriores a 2016.

Para melhor organicidade da discussão, é apresentado, primeiramente, alguns elementos sobre a APS no Brasil, e, em seguida, discorre-se acerca das mudanças

efetuadas em torno desse nível de atenção à saúde no país após o contexto de golpe político institucional consolidado no ano de 2016.

2 ELEMENTOS INTRODUTÓRIOS SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde foi consolidada no contexto de organicidade e efetivação do SUS, o qual carregou os princípios e diretrizes formulados durante a Reforma Sanitária Brasileira. A descentralização trazida na proposta do SUS proporcionou um processo de municipalização das unidades de APS dos estados que passaram à gestão dos municípios, resultando em uma crescente expansão dos cuidados primários à saúde no país (MENDES, 2015).

Outra importante ação para a expansão da APS no país foram as iniciativas do Ministério da Saúde para organização dos serviços por meio da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, posteriormente denominada de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Para Mendes (2015), após a implementação do PSF haverá, pela primeira vez, uma junção entre a dimensão quantitativa da APS com a qualitativa, possibilitando a ideia de fazer mais e com qualidade. Se diferencia do modelo de atenção primária seletiva, que focaliza as ações e serviços de saúde apenas para as populações em situação de pobreza e desproteção social, com grande difusão e defesa dos organismos mundiais alicerçados pela política econômica neoliberal, a exemplo do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional.

A Atenção Primária no Brasil vai se estruturando a partir das Normas Operacionais Básicas do SUS e nos anos 2000 ganha a sua primeira política nacional, que consolidou a estruturação e delineamento do nível de atenção em uma política de abrangência nacional. Portanto, no ano 2006, é criada a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como produto da dimensão do Pacto pela Vida, integrante do Pacto pela Saúde (2006), dando potência para efetivação dos compromissos sanitários.

Nesta política, a APS foi caracterizada como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, através do desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas. Através do trabalho em equipe e dirigidas as populações em territórios bem delimitados, pelas quais se assume responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente nos territórios em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

De acordo com a política, a APS possui como estratégia prioritária para sua organização a Saúde da Família, a qual deve seguir os preceitos do SUS, a partir dos seguintes fundamentos: acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, em consonância com o princípio de equidade; a efetivação da integralidade com articulação das ações de promoção, prevenção, vigilância, tratamento, reabilitação, trabalho em equipe e coordenação do cuidado; o vínculo e continuidade das ações de maneira longitudinal; a valorização profissional; o planejamento, programação, avaliação e acompanhamento sistemático das ações; e o estimulo a participação popular e controle social (BRASIL, 2006).

A política também sinaliza que para o funcionamento dos serviços é necessário a existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4000 habitantes, sendo a média recomendada de 3000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos/as os/as seus/suas integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e/ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2006). Estes últimos profissionais devem compor as equipes em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com no máximo 750 pessoas por profissional (ibid.). Integram-se ao trabalho desenvolvido pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal ou técnico de saúde bucal.

Nessa perspectiva, é importante destacar que na Atenção Primária à Saúde existe a responsabilidade para o estabelecimento do primeiro contato no que concerne ao manejo do cuidado em saúde. É considerada a porta de entrada prioritária do SUS, constituindo-se um nível de atenção de alta capilaridade e descentralização,

propondo-se a instaurar serviços de maneira longitudinal e a facilitar o acesso da população aos serviços de saúde no território e nas redes de atenção.

Para Starfield (2002) a APS aborda os problemas mais comuns da comunidade, com oferta de serviços para todas as novas necessidades e problemáticas advindas do território. Nesse sentido, fornece auxílio para as pessoas no decorrer do tempo, além de oferecer uma atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras.

Para a autora, a APS é o nível de atenção que determina a base de trabalho de todos os outros níveis de complexidade, além de organizar e racionalizar todos os seus recursos em direção a promoção, prevenção e melhoria da qualidade de vida e de saúde da população, com uma abordagem centrada nas necessidades de saúde dos sujeitos em suas singularidades. Dentre os principais atributos que caracterizam a atenção primária à saúde, destacam-se o “primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação” (STARFIELD, 2002, p. 68).

No Brasil, como forma de ampliar o escopo, assim como viabilizar estratégias para o alcance dos fundamentos e atributos da APS, foi implementado, no ano de 2008, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) – nos dias de hoje, denominado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP). Este núcleo foi criado como estratégia para ampliação da abrangência e resolubilidade da atenção primária no país, em que os/as profissionais lotados/as nas equipes devem atuar como “retaguarda” no nível de atenção, com o intuito de apoiar as ações das Estratégias de Saúde da Família na rede de serviços (BRASIL, 2008).

Anos depois, já na segunda década do século corrente, foram reformuladas e/ou criadas algumas legislações que refletem diretamente sobre a organicidade e estruturação da APS no Brasil. Dentre algumas dessas legislações, destacamos o Decreto nº 7.508/2011 e a Portaria nº 2.488/2011.

Primeiramente, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011a). Nesse decreto, há a pactuação entre os entes federativos para organização de forma regionalizada e hierarquizada das ações e serviços de saúde, onde a atenção primária à saúde – junto

a urgência e emergência, a atenção psicossocial, a vigilância em saúde e a atenção ambulatorial especializada e hospitalar - passa a ser considerada como um serviço mínimo necessário para instituição de uma Região de Saúde, assim como uma das portas de entradas para as ações e serviços de saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2011a).

A segunda normativa foi a instauração da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Primária, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011b). A partir dessa reformulação ocorrerá a extinção do PSF, ocasionando, consequentemente, que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se torne a estratégia prioritária para a organização da APS.

De acordo com Melo (et al., 2018), o movimento de mudança na PNAB, em boa parte, foi motivado pela necessidade de enfrentamento dos nós críticos vivenciados pela atenção primária à saúde no Brasil, tais como infraestrutura inadequada, subfinanciamento, modelo assistencial e a dificuldade de atração e fixação de profissionais médicos/as.

Perante isso, merece destaque mencionarmos sobre algumas das iniciativas que surgiram para dar “respostas” a esses nós críticos. O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o Programa Mais Médicos (PMM), o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), o Requalifica UBS, a criação de diferentes programas e equipes – por exemplo, as equipes de Saúde da Família Fluviais e Ribeirinhas, as equipes de Consultório de Rua, as equipes de Atenção Domiciliar, o Programa Saúde na Escola etc. (BRASIL, 2011b) –, além da crescente cobertura de equipes de Saúde da Família em distintas realidades sanitárias e territórios.

Porém, apesar do esforço empreendido por estas iniciativas e programas, não houveram avanços suficientes para o enfrentamento do subfinanciamento, da precarização das relações de trabalho, da formação profissional dentre outras adversidades (MELO et al., 2018), que se configuram como problemáticas que

acompanham os serviços de saúde nos diferentes níveis e setores da atenção à saúde, desde o primário até o terciário.

Estes problemas ainda acompanham a APS na atualidade brasileira, a qual vivencia novas facetas, principalmente, após o contexto do golpe institucional sofrido pela ex-presidente Dilma Rousseff. A APS brasileira tem vivido duros ataques após os anos 2017, tanto em nível estrutural e organizativo dos serviços quanto em nível financeiro e econômico de manutenção das estratégias e ações financiadas ao desenvolvimento dos serviços de cuidados primários à saúde.

Nesse seguimento, relataremos no próximo item sobre as mudanças pelas quais passam na atenção primária à saúde no Brasil contemporâneo, indicando elementos sobre sua organicidade no contexto das diferentes mudanças estruturais e organizativas sofridas em tempos de ultraneoliberalismo.

3 TRANSFORMAÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE APÓS O GOLPE POLÍTICO INSTITUCIONAL DE 2016

Em tempos recentes, sobretudo, após os anos 2016, mudanças intensas aconteceram na organização e estrutura dos serviços concernentes a Atenção Primária à Saúde brasileira. Nesse momento, vamos elucidar algumas das portarias e legislações que esboçam sobre a realidade contemporânea desse nível de atenção à saúde no país, desvendando algumas das mudanças ocorridas.

Primordialmente, iniciamos os escritos desse item com apontamentos acerca da Portaria nº 2.436, sancionada em 21 de setembro de 2017, que aprovou uma nova reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo uma revisão das diretrizes estruturais e organizativas da Atenção Primária no âmbito do SUS. Vale destacar que essa foi a terceira Política Nacional de Atenção Básica formulada em um intervalo de menos de doze anos.

O contexto de reformulação dessa política é precedido de um momento de intensas disputas no cenário político e econômico do país. O contexto do golpe político/institucional no ano de 2016 desmascarou a tendência ultraneoliberal defendida por muitos sujeitos no cenário brasileiro, que por sua vez, avançou na

concepção e delineamento de um conjunto de reformas sobre distintas esferas do país. Em nome da “recuperação” econômica por meio do mecanismo de ajuste fiscal, proporcionou-se reformas sobre o conjunto da classe trabalhadora, desnudando, ainda mais, o Estado mínimo para a sociedade e máximo para o capital.

Dentre algumas das reformas, tivemos a trabalhista, a reforma da previdência e, no âmbito da saúde, destacamos a Emenda Constitucional nº 95, popularmente conhecida como emenda do “teto de gastos”, a qual congelou os gastos com a saúde e educação por um período de 20 anos, e estipulou um percentual irrisório de reajuste orçamentário a cada ano com base na inflação. A ideia sugerida pelo executivo nesse período era o de recessão e eficiência econômica, perante o discurso de criação de planos de saúde populares privados, o que revela as intenções de desregulamentação e desmonte do SUS.

A PNAB remodelada em 2017 foi mais uma proposta de mudança na saúde pós contexto do golpe. A reformulação da PNAB no ano seguinte a farsa política arquitetada no país revelou algumas mudanças na APS brasileira, dentre as quais destacamos as seguintes: o reconhecimento de novas formas de composição das equipes da APS para além do modelo exitoso de ESF, a exemplo do modelo de equipes de Atenção Primária (eAP); a não obrigatoriedade de inserção dos/as Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas eAP; a supressão do número mínimo de ACS nas equipes de eSF; e, ainda, a supressão da recomendação de cobertura 100% da população da ESF, restando a recomendação de cobertura 100% somente para as populações que vivem em situações de risco e desproteção social (BRASIL, 2017).

A proposta de constituição de equipes de Atenção Primária gira em torno da efetivação de equipes mínimas compostas somente por profissionais médicos e enfermeiros, não sendo previsto a presença de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, tampouco Agentes Comunitários de Saúde conforme se prevê as equipes de ESF. É importante mencionar aqui que a nomenclatura proposta na PNAB (2017) para esse modelo de trabalho era chamado de equipes de Atenção Básica (eAB), contudo, com a Portaria 2.539/2019, houve a instituição das equipes de Atenção Primária (eAP), que deram lugar às eAB.

Resumidamente, a mudança central das equipes se concentra na composição e carga horária dos profissionais, visto que nas eAB se previa nas equipes mínimas os profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares ou técnicos de enfermagem, com carga horária mínima de 10h, um máximo de 03 profissionais da mesma categoria na equipe com vistas a somar 40h semanais de trabalho.

Já nas eAP proposta pela portaria mencionada, os únicos profissionais previstos para equipe mínima são médicos e enfermeiros cadastrados em uma mesma unidade, podendo ser de duas modalidades, uma de 20h, e outra de 30h semanais de trabalho, não sendo vedado participar em mais de uma equipe. Nesse formato de equipe não há a previsão de participação de outros profissionais em sua composição, o que se depreende que fica a critério da gestão em saúde a participação de outras categorias profissionais. A única previsão apontada se direciona aos profissionais de saúde bucal, os quais podem compor o trabalho em saúde junto as equipes de atenção primária em uma mesma unidade de saúde.

No caso dos ACS, os efeitos das mudanças em curso por meio da reformulação da PNAB põe em xeque o trabalho destes profissionais, pois as novas normas eximem os municípios da obrigatoriedade de integrar esses profissionais nas ações e serviços das eAP, além de que suprime a recomendação de cobertura total das populações que não estão em situação de risco no âmbito das equipes de Saúde da Família.

Apesar de muitas equipes ainda permanecerem como equipes de ESF, tem havido forte pressão no sentido de reduzir o número de trabalhadores nas equipes, mesmo que a qualidade fique comprometida. Tais mudanças têm findado para reprodução do modelo de atenção à saúde centrado na doença, focalizado na figura do médico, com serviços destinados aos segmentos populacionais mais desprotegidos socialmente.

Dado os delineamentos e transformações ocorridas, consideramos que no percurso sócio-histórico e conjuntural, o contexto pós-golpe inaugura um novo momento na política de saúde brasileira, sobretudo, na APS. Considerando o debate efetuado por Mendes (2015) sobre os ciclos da Atenção Primária à Saúde no Brasil, podemos sublinhar - na perspectiva de contribuir com o debate, sem necessariamente

esgotá-lo nessas linhas – a existência e introdução de um novo ciclo que marca a história da APS brasileira.

Vale ressaltar ainda que com as reformulações da PNAB em 2011 e, principalmente, em 2017, houveram rupturas com relação a formulação de 2006, mas também continuidades e extensões. Dentre as extensões podemos sinalizar aquelas em relação a definição do que se configura a APS no Brasil. Para melhor exemplificar, o quadro a seguir sintetiza as extensões no que concerne a definição da APS de acordo com cada documento formulado, vejamos:

Política Nacional de Atenção Básica	Definição das ações da Atenção Primária à Saúde no Brasil
PNAB – 2006	Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde
PNAB – 2011	Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, **a redução de danos** e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades
PNAB – 2017	Conjunto de ações de saúde individuais, **familiares** e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, **cuidados paliativos e vigilância em saúde**, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Quadro 1 - Definição das ações da APS a partir das diferentes PNAB brasileiras
Fonte: BRASIL (2006; 2011b; 2017, grifo nosso)

Respectivamente, pode-se observar que com a reformulação da PNAB em 2011 acrescentou-se as atividades de redução de danos, já com a reformulação de 2017 estendeu-se as ações de cuidados paliativos e vigilância em saúde na definição das atividades que compõem o conjunto de intervenções e serviços que devem ser efetuados no âmbito da atenção primária à saúde no país.

É importante frisar que, ao nosso ver, as mudanças em torno da última reformulação da PNAB não tiveram como base a resolução dos nós críticos que acompanham a APS desde sua formalização no país. Persistem, de forma histórica, a objetivação de cuidados primários à saúde em estruturas insuficientes e/ou inadequadas, relações de trabalho precarizadas, ausência de instrumentos que garantam a formação profissional permanente, além da situação crônica no que se refere ao financiamento dos serviços de APS no SUS.

Portanto, dada a situação em que se encontra a APS no país, podemos considerar que estamos, cada vez mais, reafirmando elementos do modelo de atenção primária seletivo em detrimento do modelo abrangente.

Além da reformulação da PNAB, mais uma normativa que se destaca no contexto de organicidade dos serviços e ações referentes aos cuidados primários à saúde na atualidade brasileira é a Portaria nº 2.979/2019, de 12 de novembro de 2019, a qual estabeleceu um novo modelo de financiamento e custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. A partir dessa normativa, o financiamento federal de custeio da APS passou a ser considerado por meio de três elementos: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019).

No contexto desta portaria, percebemos um retrocesso no que se relaciona ao financiamento de custeio da APS no Brasil. O novo formato de financiamento, mediante os três elementos mencionados, é frágil e não tem proporcionado transformações estruturais no sentindo da elevação das potencialidades organizativas do trabalho nesse nível de atenção, muito menos tem propiciado uma ampliação de equipes para uma maior cobertura de acesso e objetivação das atividades de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.

A capitação ponderada proposta pela portaria somente repassará financiamento e recursos, por parte da união, para o número de pessoas cadastradas em uma equipe de Saúde da Família e/ou equipe de Atenção Primária nos sistemas de informação. Isto é um problema, pois em muitas realidades municipais, principalmente nas cidades que vivem processos de expansão urbana, não existe estrutura suficiente - seja pela falta de trabalhadores/as nos serviços, estruturas físicas ou orçamento exíguo - para cadastrar todas as pessoas dentro das equipes, ocasionando as chamadas “áreas descobertas” e/ou população “fora da área”.

Logo, o repasse de financiamento de custeio da APS por parte da união para os municípios não levará mais em consideração a parte fixada referente ao valor per capita conforme a quantidade de habitantes de tais municípios, mas sim, o número de pessoas cadastradas nas eSF e eAP, o que ocasionará subfinanciamento dado o não alcance da política de saúde a toda população por falta de estrutura física e material,

de unidades e de equipes suficientes credenciadas e habilitadas para a atenção primária.

Outra fragilidade do novo financiamento é em relação às ações estratégicas financiadas com recursos federais. Dentre as ações, algumas muito importantes nos processos de trabalho da atenção primária não receberão mais repasses da união, como é o caso dos NASF-AP. Desde a publicação da portaria, os Núcleos Ampliados vêm sofrendo processos de desmonte em vários municípios, os quais não possuem condições orçamentárias suficientes para arcar unicamente com o financiamento do programa. Sendo assim, tiveram de desativar suas equipes, interrompendo um serviço que desde a sua criação tem possibilitado o fortalecimento e apoio das ações e serviços das equipes de saúde da família, contribuindo para a ruptura do modelo de atenção centrado na doença e viabilizando a construção de resultados satisfatórios no que concerne a produção do cuidado em saúde.

Portanto, ao levar em consideração o contexto de desigualdade no acesso aos serviços de saúde pelos/as usuários/as, o subfinanciamento desses serviços e do SUS, assim como o contexto das iniquidades em saúde vivenciadas por grande parte da população brasileira, a portaria que institui o novo financiamento da APS não considera a realidade social do país, assim como não apreende as necessidades sociais de saúde da população em sua totalidade. Mais uma vez, de forma fatídica, nota-se a intenção de desmonte da política de saúde com o argumento de “contenção de gastos” para “recuperação” dos cofres públicos, em favor dos interesses do capital.

Algumas outras portarias e decretos tem sido formalizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde nos últimos dois anos, dentre elas a portaria nº 397/2020, que dispõe sobre o Programa Saúde na Hora cujo objetivo é estender o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde dos municípios que aderirem ao programa no sentido de ampliar a cobertura e o acesso aos serviços e ações desenvolvidos na APS. Para isso, o governo federal prevê aumento do financiamento aos municípios que fizerem adesão, além de pagamento de incentivo para esses aderirem ao programa.

Ainda no ano de 2020, uma outra legislação que foi apresentada para a APS foi o Decreto nº 10.530/2020. Um decreto que trouxe muita polêmica e discussão no

âmbito da sociedade civil, pois foi publicada no Diário Oficial da União sem debate nenhum com a esfera legislativa, com os órgãos de participação e controle social, tampouco com a sociedade civil. Esse referido Decreto, previa o fomento da atenção primária no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República para a efetuação de estudos com o objetivo de viabilizar parcerias entre os Estados, Municípios e Distrito Federal com a iniciativa privada para construção, modernização e operação das UBS. Um decreto que representa o recrudescimento do processo de privatização do SUS no país.

Em outras palavras, com a proposição dessa legislação as UBS iriam fazer parte do programa de parcerias e investimentos do governo federal, em que o setor privado iria ter abertura para construir, modernizar, reformar e operacionalizar as Unidades Básicas de Saúde, o que abriria brechas para que a iniciativa privada, para além do investimento, também passasse a gerir as unidades, aprofundando a privatização e mercantilização dos serviços de saúde por dentro do SUS.

O decreto revela uma estratégia muito nítida de privatização em um setor da saúde que tem sido gerido historicamente pela administração pública, que está presente em todos os municípios do Brasil e que se difere dos demais níveis de atenção à saúde no SUS, com uma proposta mais barata e de alta capilaridade para produção do cuidado em saúde conformemente as necessidades que surgem nas UBS. A proposição desse decreto, inclusive, não apresentou justificativa, muito menos conteúdo que expressasse elementos sobre a motivação para tal fato. Outrossim, não foi respeitado a competência do Ministério da Saúde como órgão responsável pela coordenação e planejamento da política nacional de saúde, já que esse não participou da assinatura do Decreto, que foi assinado apenas pelo Ministério da Economia.

Isto evidencia o posicionamento nítido do Ministro Paulo Guedes de entregar os mecanismos, bens e políticas estatais ao capital internacional e financeirizado, tal como a pressão dos setores ligados a política neoliberal para a efetivação da privatização dos serviços do SUS por dentro do próprio sistema, restringindo a universalidade e focalizando os serviços aos segmentos populacionais mais desprotegidos socialmente.

Devido a conotação negativa do Decreto, poucos dias depois de sua aprovação houve a revogação por meio de outro Decreto, o nº 10533/2020. Como a repercussão não foi boa, o governo recuou a proposta de parcerias da APS com a iniciativa privada. Porém, isso não quer dizer que em tempos futuros essa questão não possa voltar à tona, visto a existência de pressão por diversos sujeitos e organizações para a privatização do SUS, mediante a falácia de que os serviços públicos “não funcionam” e a privatização “melhorará” a assistência à saúde.

Por fim, no ano de 2021 destaca-se uma outra legislação que faz referência à APS: a Portaria nº 37/2021. Esta portaria redefiniu o registro das equipes de Atenção Primária à Saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Por exemplo, todas as equipes de Saúde da Família eram registradas sobre o número 01, com a redefinição do registro das equipes efetivado pela nova portaria, estas passam a ser numeradas pela cifra 70. Outro exemplo pode ser apontado com as equipes de NASF, as quais possuíam numeração 06, 07 ou 45 conforme suas modalidades e passaram a ser registradas - em conformidade com as transformações na APS - pela cifra 72. Logo, a portaria proporcionou a redefinição de todos os registros das equipes de APS para a realidade das novas legislações referentes ao nível de atenção no país.

4 CONCLUSÃO

Conforme o exposto, muitas transformações vêm acontecendo no âmbito da organicidade da APS no Brasil, principalmente a partir do contexto posterior ao *impeachment* de 2016. Contudo, ao nosso ver, as mudanças implementadas no âmbito da APS não contribuem para romper com a lógica de uma APS seletiva e focalizada que circunscreve os serviços de saúde no país. Tampouco, são mudanças que reforçam as potencialidades existentes na particularidade da APS brasileira, a exemplo da ESF que não é mais o modelo central de organização das equipes no nível de atenção, tal como o NASF-AP, que ao invés de ser potencializado e ter financiamento contínuo, dada sua efetividade no apoio a ESF, tem sofrido com o desfinanciamento por parte da união e o descredenciamento de equipes em todo território nacional.

Em contrapartida, é necessário que as organizações populares, as organizações da sociedade cível, os/as usuários/as dos serviços, os/as trabalhadores/as, gestores, sindicatos, movimentos sociais, mecanismos de controle social não percam o horizonte da busca pela conformação da APS abrangente e universal, assim como fortalecimento dos ideais pela Reforma Sanitária Brasileira, enquanto movimento-processo (PAIM, 2007) que ainda se encontra em curso. Pleitear por uma política de saúde universal, integral, equânime, descentralizada, com comando único e controle social, que contemple uma APS abrangente, forte, resolutiva, territorializada e com capacidade de alcance universal é dever de todos/as.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 648,** de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 154,** de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Ministério da Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, n. 43, 04 mar. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto 7.508,** de 28 de junho de 2011. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jun. 2011. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488,** de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436,** de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, nº 183, Brasília, DF, 22 set. 2017. p. 68-76.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2.979**, de 12 de novembro de 2019. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 nov. 2019. 2019.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 38-51, 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde.** Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193p.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador, 2007.

STARFIELD, Bárbara**. Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília (DF): UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.