

Política Nacional de Atenção Básica (2017): um golpe político-ideológico do capital

National Politics of Basic Care (2017): an ideological politic coup of capital

Marcos Aurélio Maeyama, Camilla Macedo Cortez, Gabriela Goedert de Souza, Grazielle Bohora Silva Gonçalves, Jeniffer Kelen Santos Machado, Taís Nogara Novaes de Carvalho, Júlio César Corazza, Plínio Augusto Freitas Silveira, Inajara Carla de Oliveira

236

Resumo

Para responder a integralidade da atenção, o modelo de organização do SUS escolhido pelo Ministério da Saúde (MS) foi o da Atenção Primária à Saúde (APS), posteriormente no Brasil, denominada de Atenção Básica à Saúde (ABS). O motivo da denominação ABS foi pela tentativa de se diferenciar dos modelos seletivos internacionais, apostando num modelo de APS como estratégia estruturante do sistema. Desde sua implantação, a ABS acumula períodos de evolução e estagnação, tanto no que se refere à cobertura, quanto ao modelo adotado pelas equipes. Esses movimentos estão intimamente relacionados com a macro política adotada pelo MS para a APS apontada por meio de políticas e programas propostos. Nesse sentido, este artigo teve o objetivo de analisar as principais mudanças contidas na nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2017, a partir de seu contexto histórico e político. Os resultados demonstraram que a nova PNAB, fruto de um movimento político-ideológico hegemônico, apresenta mudanças importantes quanto à estrutura das equipes, organização do processo de trabalho e financiamento, que fragilizam a consolidação da ABS como proposta abrangente para estruturação do sistema de saúde, dificultando o desenvolvimento da integralidade da atenção; e sugere que é necessário militância e participação social para que a política de saúde de fato responda aos interesses e necessidades da população.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde; Sistema Único de Saúde; Políticas Públicas de Saúde.

Abstract

In order to respond the integrality of care, the SUS organization model chosen by Ministry of Health was the “Primary Health Care” (PHC) one, subsequently called “Basic Health Care” (BHC) in Brazil. The denomination BHC comes from an attempt to differentiate it from other international selective models, betting on a model of BHC as an essential strategy of the system. Since its inception, the BHC has been registering periods of stagnation both in its coverage related and its teams’ adopted model. Those motions are closely related to de macro policy chosen by the Ministry of Health for the PHC aimed through policies and proposed programs. Thereby this article was intended to analyze the main in the new National Policy of Basic Care (NPBC), published in 2017, from its historical and political context. The results demonstrates that the new NPBC, product of an hegemonic ideological political motion, has important changes about team’s structure, work and financial organization process, that weaken the BHC consolidation as an amplified proposal of structuring the health system, hindering the development of basic care’s integrality; and implies that it’s required activism and social participation so the health policy can actually respond to interests and needs of the population.

Keywords: Primary Health Care; Unified Health System; Public Health Policy.

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), além da universalização do acesso, traz consigo a necessidade de reorganização das práticas de saúde partindo da abordagem integral do processo saúde-doença, que não se resume à prestação de serviços assistenciais¹.

Para responder a integralidade da atenção, o modelo de organização escolhido pelo Ministério da Saúde foi o da Atenção Primária à Saúde (APS). O motivo da escolha pela APS é que ela reconhecidamente é a estratégia estruturante que obteve

melhor impacto positivo nos indicadores de saúde de países com sistemas de saúde universais, apresentando maior eficiência no fluxo dos usuários no sistema, cuidado mais efetivo de condições crônicas, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde, especialmente por trabalhar com uma lógica territorial definida^{2,3}.

O marco internacional mais importante da APS ocorre em 1978, por iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), com a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, reunindo experiências até então desenvolvidas em diversos países⁴.

O documento final da Conferência, conhecido como Declaração de Alma-Ata, apontava em sua essência, a saúde como expressão do direito humano fundamental⁵, e indicava a necessidade de ação de outros setores sociais e econômicos para sua concretização⁴.

A Declaração de Alma-Ata destaca que os cuidados primários incluem um conjunto de ações que envolvem o tratamento, bem como medidas de educação em saúde, prevenção e controle das doenças mais prevalentes, e ainda avança quanto à necessidade da melhoria das condições de vida, especialmente quanto ao direito à alimentação e saneamento básico⁴.

Ainda que o documento possa receber algumas críticas, foi considerado um grande avanço, pois o consenso estabelecido em Alma-Ata destacou elementos que a OMS estava empenhada em difundir naquele momento: saúde como expressão do desenvolvimento social e econômico, necessidade de ações intersetoriais, criação de sistemas nacionais de saúde com base comunitária e efetiva participação social neste processo⁶.

Uma análise posterior a Conferência de Alma-Ata, revela que a organização dos sistemas de saúde nos países se deu de forma diversa, influenciados por necessidades de ordem econômica, política e social, mas também por demandas oriundas dos movimentos sociais e setoriais desse contexto⁶.

Essas formas de organização dos cuidados primários à saúde posteriormente ficaram conhecidas como Atenção Primária à Saúde e se apresentaram em três

principais abordagens: Atenção Primária à Saúde Seletiva, Atenção Primária à Saúde Clássica, Atenção Primária à Saúde Abrangente⁷.

A Atenção Primária à Saúde Seletiva se limita a alguns serviços específicos, com ações que apresentam alto impacto e baixo custo⁵ para o enfrentamento dos problemas mais prevalentes, geralmente desenvolvidas em países em desenvolvimento, dirigidos à população pobre, sem tendência de universalização. São exemplos destas ações o monitoramento de crescimento, terapia de reidratação oral, amamentação, imunização, complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar⁷.

A Atenção Primária à Saúde Clássica refere-se a uma organização do sistema local de saúde, oferecido pela disponibilidade de clínicos gerais ou médicos de família com tendência à universalização para os cuidados dos problemas mais comuns, funcionando ainda como porta de entrada para outros níveis de atenção. Essa forma de abordagem é mais comum em países desenvolvidos⁷, e ainda é orientada como forma de minimizar os custos econômicos que a desassistência em saúde pode provocar na população geral⁵.

A Atenção Primária à Saúde Abrangente é a expressão das diretrizes da Declaração de Alma-Ata no seu sentido mais amplo, que relaciona a saúde com o desenvolvimento econômico e social⁷ e representa a APS como estratégia de organização e coordenação do sistema de atenção à saúde; portanto, pressupõe uma articulação em rede com outros pontos de atenção, direcionando seus recursos para o atendimento das necessidades e demandas da população⁵.

Apesar de Alma-Ata apontar para a APS Abrangente, as reformas em saúde nos anos de 1980 e 1990, tiveram forte indução de organismos internacionais, como o Banco Mundial, e adotaram uma APS mais focalizada e seletiva, com um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade para populações de baixa renda, como forma de minimizar os efeitos das desigualdades social e econômica⁸.

Ainda que APS Seletiva tenha conseguido resultados sanitários importantes, ela foi criticada pelo fato de não conseguir combater as causas primárias do processo de adoecimento, no sentido da abordagem dos determinantes sociais, e ainda de desfavorecer alguns indivíduos e famílias por direcionar as ações para grupos específicos⁷.

No Brasil, desde a sua implantação, o desenvolvimento da APS não se deu de maneira uniforme e homogênea⁹, apresentando grandes diferenças na organização do processo de trabalho, algumas com caráter seletivo de ações e outras focadas majoritariamente na assistência médica, o que repercutia nos resultados sanitários⁵.

Esses movimentos de avanços e limitações da APS têm profunda relação com a macro política adotada pelo Ministério da Saúde, apontada por meio das políticas e programas propostos. Nesse sentido, este artigo teve o objetivo de analisar as principais mudanças contidas na nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2017, a partir de seu contexto histórico e político.

METODOLOGIA

A pesquisa utilizou abordagens qualitativas de investigação e análise, buscando os conteúdos manifestos e latentes, dentro do contexto histórico, cultural e social, que envolvem a construção das políticas de saúde, no sentido de identificar os significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde, a um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos¹⁰.

A escolha metodológica foi pela pesquisa documental, já que ela utiliza apenas documentos como fonte de dados, sejam eles eletrônicos ou físicos, e permitem a partir de suas concepções teóricas, a apreensão da realidade¹⁰.

Para contextualização do fenômeno estudado, os dados, bem como sua análise, foram separados em dois blocos distintos. Um primeiro bloco contendo as principais portarias, resoluções, programas e políticas publicadas para a Atenção Básica – desde a criação do SUS até a publicação da PNAB de 2017 – foi analisado em seu aspecto geral, com o objetivo de localizar as escolhas e caminhos de modelagem da APS no Brasil. O segundo bloco refere-se à análise das principais mudanças contidas na atual PNAB (2017), que podem interferir na tipologia de modelo de APS e conseqüente objetivo das ações e serviços ofertados.

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica Análise de Conteúdo Temático, buscando os significados manifestos e latentes oriundos dos documentos elencados para o estudo¹⁰.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Atenção Primária à Saúde no Brasil: a Atenção Básica à Saúde

No Brasil, inspirado no Programa de Agentes Comunitários de Saúde – criado em 1991, que já apresentava importante repercussão na diminuição da mortalidade infantil e controle de endemias – foi lançado pelo Ministério da Saúde, em 1994, como política oficial de APS, o Programa de Saúde da Família – PSF¹¹, dirigido especialmente para os 30 milhões de brasileiros que viviam abaixo da linha da pobreza em situação de risco, portanto, ainda uma APS de caráter seletivo⁸.

A implantação do PSF foi financiada pelo Banco Mundial, que recomendava, em relatório publicado apresentado em 1993, que somente em algumas situações a saúde seria de responsabilidade pública e que os efeitos das políticas de ajuste fiscal poderiam ser amortizados por políticas de combate à pobreza, o que explica o caráter seletivo do programa com foco na população mais pobre¹². Isso inclusive explica o interesse do governo da época de cunho neoliberal em investir num programa dessa natureza, que apresentava atrativos políticos bastante interessantes, sobretudo como resposta ao vazio existencial presente no SUS naquele momento⁸.

Ainda que tivesse caráter seletivo, o PSF foi implementado como estratégia para contrapor o modelo médico curativista, para reorientação do modelo assistencial, na qual, a atenção passa a ser centrada no indivíduo e na família, entendidos e percebidos a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas, indicando também ações de cunho intersetorial^{11, 5}.

O modelo de APS brasileiro é bastante particular: ainda que tenha recebido influências externas importantes, diferiu delas, sobretudo por não se instituir como proposta exclusiva de medicina familiar, mas por optar pela política pública voltada para a saúde da família, com base territorial e adscrição populacional, com mecanismos de cooperação e não de competição⁵. O PSF incorporou desde seu início o trabalho multiprofissional, com equipe composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e ainda odontólogos, técnicos de saúde bucal e auxiliares de saúde bucal¹³.

Num segundo momento, no final da década de 1990, o PSF passou a ser considerado pelo governo brasileiro, a principal estratégia de reforma não apenas da APS, mas de todo o modelo de atenção à saúde. Para diferenciá-la da proposta inicial de caráter seletivo e ainda das concepções clássicas de APS, o programa ganha status de estratégia e o MS passa a adotar o termo Atenção Básica à Saúde (ABS)⁸,¹⁴, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) seu modelo prioritário.

A designação Atenção Básica objetiva o posicionamento do governo brasileiro de resgatar a proposta político-ideológica de Alma-Ata, de caráter universalista e de reorientação do modelo assistencial, apontando a necessidade de envolvimento de outros setores públicos e da sociedade para a atenção integral¹⁴.

A aposta na ABS como estratégia estruturante do SUS, muito se deu em função da melhoria dos indicadores de saúde, já percebidos naquela época. Uma pesquisa realizada no Brasil demonstrou que a implantação do PSF no período entre 1998 e 2004 esteve associada à melhoria dos indicadores de saúde de forma geral⁹. Um dos estudos que comprovam essa afirmativa foi realizado por Aquino *et al.*⁵, no período entre 1996 e 2004, em 721 municípios que receberam o PSF, os quais tiveram uma diminuição da mortalidade infantil de 26,6 para 16,1 mortes por cada mil nascidos vivos.

A melhoria dos indicadores de saúde no Brasil se deu em grande parte pelo expressivo aumento de cobertura por equipes de Saúde da Família. No período de 1998 a 2006, a cobertura populacional, que era de aproximadamente 7%, alcançou 46% da população, sendo a ampliação bastante significativa em áreas historicamente desprovidas de serviços de saúde e com indicadores sociais desfavoráveis. Em um segundo ciclo, de 2006 a 2014, observa-se um crescimento menos acelerado, sendo que em 2014 havia aproximadamente 57% da população coberta por equipes de Saúde da Família⁸. Nota-se que existe uma compreensão de ampliação da política social de saúde com tendência a universalização do acesso.

A regulamentação da Atenção Básica se deu a partir da publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, revista e republicada em 2011. A Política Nacional de Atenção Básica define:

A Atenção Básica caracteriza-se por 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, 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 coletividades¹⁵.

Essa definição é coerente com o princípio da integralidade como eixo norteador do SUS, pois prevê a abordagem sobre os determinantes da saúde⁸ e supera os modelos de APS desenvolvidos em países da União Europeia, que são caracterizados por serviços ambulatoriais, com ênfase na clínica e nos cuidados individuais, preventivos ou curativos¹⁶.

Essa concepção brasileira de ABS se aproxima, pelo menos no seu discurso, de uma abordagem de APS Abrangente, que se caracteriza por ser a porta de entrada do sistema de saúde, pela participação da comunidade no processo decisório, pela intersetorialidade como forma de enfrentamento dos determinantes sociais de saúde, e pela utilização de tecnologia apropriada e relação custo-benefício sustentável⁸. Assim, a PNAB de 2011 reafirma a Estratégia Saúde da Família como principal dispositivo de reorganização da Atenção Básica no Brasil¹⁵.

O avanço da PNAB de 2006 para 2011 é quanto ao apontamento da formação dos profissionais de nível superior, indicando perfil generalista ou especialista em saúde da família¹⁵.

Fica também previsto na PNAB de 2011, financiamento para requalificação das Unidades Básicas de Saúde e a inclusão de equipes para populações especiais como consultório de rua e população ribeirinha, além do financiamento das equipes de ESF já previstas na PNAB de 2006^{13, 15}.

Outro avanço da PNAB de 2011 foi de já incluir dentro de suas estratégias, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ratificando a portaria de sua criação datada de 2008, ampliando a perspectiva multiprofissional interdisciplinar¹⁵.

O processo de trabalho do NASF se organiza na lógica do apoio matricial, podendo ser desenvolvido na dimensão técnico-pedagógica (educação permanente) e na dimensão assistencial, sendo esta última, destinada para casos específicos

regulados e coordenados pela equipe de referência (compartilhamento de saberes), o que torna o apoio uma ferramenta formativa com o objetivo de melhorar a capacidade resolutive da equipe como um todo¹⁷. A inclusão do NASF representa um desejo e valorização do trabalho em equipe, portanto, com tendência de responder de forma abrangente os problemas de saúde.

Apesar desses avanços, a PNAB de 2011, retrocede ao permitir que uma equipe de ESF possa ser cadastrada utilizando dois médicos de 30 horas semanais, ou que três médicos de 30 horas semanais possam compor duas equipes de ESF, e ainda que três equipes pudessem ser compostas por quatro médicos com 30 horas semanais, o que não era permitido na antiga PNAB de 2006, que exigia o cumprimento integral de 40 horas de todos os profissionais^{13, 15}. Isso de alguma forma interfere na relação entre médico e paciente, pois ainda que os médicos sejam da mesma equipe, dependendo da forma como se organizam, a longitudinalidade no seu sentido mais amplo pode ser prejudicada.

Essa flexibilização ocorreu muito em função da solicitação de gestores municipais, que mesmo com equipes habilitadas, não conseguiam a contratação de médicos para essas equipes¹⁸. A flexibilização permitiria que muitos municípios pudessem utilizar médicos clínicos gerais concursados em períodos anteriores, inserindo-os na lógica da ABS proposta.

Em agosto de 2011, a ESF estava implantada em 5.284 municípios brasileiros, com perto de 110 milhões de brasileiros, o que representava 51,6% da população⁵, número ainda um pouco distante da universalização da saúde.

Uma das maiores dificuldades para ampliar a cobertura da ABS/ESF no Brasil concentra-se justamente no fato de o número de médicos por mil habitantes ser insuficiente, com uma proporção de 1,8 médicos por mil habitantes, inclusive bem inferiores à países como Argentina e Uruguai, que apresentam respectivamente uma relação de 3,2 e 3,7 médicos por mil habitantes¹⁸.

A partir do ano de 2011, o governo federal deu início a um processo que buscou valorizar a ABS e atrair profissionais de saúde, sobretudo médicos (que representavam a categoria com maior dificuldade), para as localidades com problemas de provimento e fixação. As iniciativas mesclavam uma preocupação com provimento e qualificação⁸.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi lançado em 2011, com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade na ABS por meio de institucionalização da avaliação, fomentando processos contínuos e progressivos de melhoria de padrões e indicadores de acesso e qualidade, mobilizando, responsabilizando e envolvendo gestores, equipes e usuários na qualificação da atenção¹⁹. Porém, apesar da boa adesão das equipes, muitas delas o fizeram pela possibilidade do recebimento de recursos financeiros previstos no programa e não pelo desejo de utilização da ferramenta como instrumento de planejamento²⁰.

No mesmo ano de 2011, foi criado o Programa da Valorização da Atenção Básica (PROVAB) para médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, com o objetivo de incentivar o provimento e a fixação de profissionais na ABS, em periferias de grandes cidades, municípios do interior, áreas remotas como a Amazônia Legal e semiárido nordestino, ou áreas com populações indígenas, apoiados ainda pelo curso de especialização em Saúde da Família como forma de qualificação destes profissionais. Os profissionais médicos, além do pagamento de bolsa, recebiam bonificação adicional de 10% da nota final para as provas de residência médica, a partir do cumprimento de um ano no Programa²¹. Apesar da validade da iniciativa, o Programa caminhou na contramão da valorização da ABS, uma vez que serviu muito mais para o ganho de bonificação nas provas de residência em outras especialidades que não a ABS²², realizando apenas seu provimento provisório.

Neste contexto de falta de profissionais foi instituído o “Programa Mais Médicos para o Brasil”, por meio da Lei Federal 12.871, de 22 de outubro de 2013, que apontava para o reordenamento da qualidade e quantidade de vagas ofertadas por cursos de Medicina, e também para a universalização das vagas de Residência Médica com ênfase na Medicina de Família e Comunidade, visando o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país, mais adequados a necessidade do seu sistema de saúde, principalmente para a concretização da universalidade do acesso e integralidade da atenção¹⁸.

Considerando a necessidade imediata de médicos, o Programa Mais Médicos apresentava em seu interior o “Projeto Mais Médicos”, que buscava realizar o provimento imediato de médicos na ABS em regiões prioritárias e de maior

vulnerabilidade social, por meio de médicos com diplomas validados no Brasil e também de médicos formados em instituições estrangeiras por meio de intercâmbio internacional, permitindo a estes últimos, apenas o trabalho específico na ABS, sendo vedado qualquer outro tipo de trabalho médico¹⁸.

Com a vinda dos médicos estrangeiros, o Brasil atingiu sua maior cobertura de ABS em 2016, com 64%²³, o maior caminho percorrido na tentativa de implementação de política social ampla na área da saúde, pelo menos no que se refere ao acesso.

Por outro lado, uma ampla pesquisa realizada em 70 unidades de ABS em diversos Estados do Brasil apontou os seguintes problemas: persistência de visão vertical sobre programas e protocolos, que mecanizam a prática clínica e o próprio processo de trabalho; excesso de encaminhamentos aos serviços especializados e de urgência, que poderiam ser manejados na ABS; seguimento excessivo de protocolos e programas, instituindo rotinas rígidas que criam sensação artificial de cumprimento dos objetivos, alheios às necessidades das comunidades; e precarização das relações de trabalho, com grande rotatividade, baixos salários e falta de cumprimento do horário, principalmente do médico²⁴.

Em resumo, o relatório apontava para a persistência do modelo biomédico, na qual a consulta médica era o centro e a expressão da oferta de ações, mesmo contando com equipe ampliada (quando comparada com outros países), que acabavam por realizar trabalho burocrático nessa lógica de organização do processo de trabalho.

A Política Nacional de Atenção Básica de 2017

Publicada em setembro de 2017, a nova PNAB traz mudanças bastante significativas em seu texto que podem alterar bastante o funcionamento das equipes. A análise técnica das principais mudanças permitiu que elas fossem agrupadas em três grandes categorias: estrutura das equipes, processo de trabalho e financiamento.

A nova proposta de estrutura das equipes parece ser o ponto mais importante das mudanças, pois os novos arranjos interferem significativamente no processo de trabalho.

O primeiro grande destaque fica por conta da inclusão de uma nova tipologia de equipe mínima. Além da equipe de saúde da família já prevista nas políticas

anteriores, a PNAB de 2017 flexibiliza para a possibilidade de criação das equipes de Atenção Básica, que pode ser composta contendo apenas médicos, enfermeiro e técnico de enfermagem. Além disso, o credenciamento da equipe pode ser realizado, no caso específico da categoria médica, com a composição de carga horária de até três médicos para um total de 40 horas²⁵. De início, essa alternativa de composição de carga horária com mais de um médico já fragiliza a possibilidade de criação de vínculo, acompanhamento longitudinal e atenção integral. E é bem provável que com uma pequena carga horária, o profissional se dedique mais a prática clínica, já indicando uma modelagem de APS seletiva ou clássica.

O risco de no médio e longo prazo a priorização pela clínica seja uma realidade, também é corroborada pela flexibilização quanto ao perfil dos profissionais de nível superior. Anteriormente, na PNAB de 2011, havia a determinação para que o profissional de nível superior tivesse formação generalista ou especialização em saúde da família¹⁵, e na atual PNAB foi inserido o termo “preferencialmente”²⁵. Ainda que a determinação anterior estivesse longe de ser cumprida (porque não existem médicos suficientes com este perfil e titulação no Brasil), a flexibilização desmotiva a busca pela qualificação profissional. Países que hoje apresentam sistema de saúde baseado na APS iniciaram sem exigência de titulação e especialização para a função, e ao longo do tempo foram incorporando a obrigatoriedade do perfil desejado²⁶. Portanto, a PNAB 2017 vai no caminho inverso.

Note-se ainda que a equipe de Atenção Básica, não exige o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como integrante da equipe mínima. Além disso, na própria composição da equipe de Saúde da Família (ainda mantida enquanto modalidade), apesar do ACS ainda figurar como profissional obrigatório da equipe, a nova PNAB revogou o limite máximo de 750 pessoas sob responsabilidade do ACS, exceto para áreas com grande dispersão territorial, e de grande risco ou vulnerabilidade²⁵. O número de ACS por equipe passa a ser definido localmente por critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos²⁵, o que torna a definição bastante vaga com ampla possibilidade de interpretação e com tendência de acúmulo de pessoas por ACS.

A diminuição do número de ACS ou mesmo a ausência deles, prejudica o acompanhamento longitudinal e a própria coordenação do cuidado. Ainda que em

muitas situações estes profissionais tenham uma função demasiada burocrática, sem eles perde-se o registro e monitoramento, logo, corre-se o risco da equipe funcionar numa lógica de queixa-conduta a partir da demanda espontânea, que é a expressão da falta de coordenação do cuidado.

Além disso, a PNAB 2017 propõe a fusão das atividades do ACS com a do Agente de Combate às Endemias (ACE), permitindo que o ACE possa compor as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Básica, realizando a função do ACS, que por sua vez, também agrega as atribuições anteriores do ACE²⁵.

Ainda que o ACS dentro de suas atribuições possa desenvolver ações de vigilância em saúde, a fusão fragiliza as atividades de combate mais efetivo às endemias que os ACE até então realizavam. Essa flexibilização sugere muito mais uma tentativa de compensação da não exigência do ACS na equipe de Atenção Básica, possibilitando o aproveitamento de funcionários já vinculados aos serviços de saúde, na composição de novas equipes, sejam elas de Saúde da Família ou Atenção Básica.

O único destaque positivo quanto à estrutura das equipes, fica por conta da criação da função de Gerente de Atenção Básica, que pode ser credenciado junto a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que abriga mais de uma equipe, devendo ser profissional de nível superior, não membro destas equipes. O gerente carrega a função de auxiliar no aprimoramento e qualificação do processo de trabalho na UBS²⁵.

Além destes possíveis desdobramentos que a nova estrutura de composição das equipes pode trazer para a organização do processo de trabalho, no texto da PNAB 2017, existem recomendações que indicam mudanças importantes quanto à modelagem de APS. Quando descreve o escopo das ações e serviços da Atenção Básica, apresenta duas escalas de padrões – essenciais e ampliados – respectivamente, relacionados ao atendimento das necessidades básicas/essenciais, e de necessidades estratégicas estabelecidas nas regiões de saúde, de acordo com as especificidades locais e indicadores de saúde²⁵.

Em termos comparativos, a Atenção Básica nas políticas de 2006 e 2011, não apresentava padrões, uma vez que o desejo de tipologia é de uma APS abrangente, logo, ações e procedimentos seguem a lógica da integralidade da atenção, que prevê o atendimento das necessidades de saúde a partir de abordagem integral do processo

saúde doença^{27, 13, 15}. Logo, não existem padrões essenciais e ampliados, existem necessidades que devem ser respondidas integralmente. Ainda que a integralidade aponte para o respeito à singularidade dos problemas, essa estratificação pode sugerir para gestores e equipes, que obrigatoriamente se deve ofertar o essencial (mínimo), e o ampliado passa a ser visto como supérfluo, caminhando assim para uma APS seletiva.

Outra alteração importante quanto a possível mudança no processo de trabalho descrita na PNAB 2017 é quanto ao NASF, anteriormente denominado de Núcleo de Apoio à Saúde da Família, e na nova PNAB ele é renomeado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família²⁵. Ainda que boa parte da descrição das atribuições do NASF esteja mantida, com ofertas tanto técnico-pedagógicas quanto assistenciais, a mudança de “apoio” para “ampliado” não parece ser sem intencionalidade.

O texto traz ainda que o profissional do NASF é membro orgânico da ABS, devendo viver o dia-a-dia das equipes, contribuindo para o cuidado longitudinal e com a prestação direta de serviços à população (com acesso regulado pela equipe de referência)²⁵.

Essas indicações sugerem uma priorização da assistência às atividades técnico-pedagógicas, semelhante aos Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família (NAISF), propostos em 2005, que priorizavam o atendimento direto à população por diferentes categorias profissionais²⁸.

Se a proposta do novo Núcleo Ampliado fosse de fato de ampliar a equipe mínima, isso poderia ser considerado um avanço, pois mesmo na atenção direta, por meio do trabalho interdisciplinar, a integralidade poderia ser garantida²⁹.

Porém, sem alteração das modalidades previstas para o NASF, os profissionais não se vinculam a uma única equipe, mantendo a proporção de cobertura de duas a dez equipes (dependendo da modalidade), o que inviabiliza qualquer proposta de cobertura de atenção direta com acessibilidade, podendo gerar filas de espera que superariam qualquer possibilidade de responder as necessidades dos usuários.

Outro ponto que interfere na qualidade da oferta dos serviços que apresentou alteração foi em relação à cobertura populacional das equipes. A PNAB 2017 recomenda que cada equipe se responsabilize por no mínimo 2000 pessoas e no

máximo 3500 pessoas, não podendo a média municipal ser inferior a 2400 pessoas por equipe²⁵.

Em termos comparativos, a PNAB de 2011, trazia a recomendação de idealmente cada equipe se responsabilizar por 3000 pessoas, porém permitindo até 4000 pessoas como teto máximo, e como média municipal, um mínimo de 2000 pessoas¹⁵. Ainda que o teto máximo por equipe tenha diminuído, existe retrocesso quanto a média mínima tanto no âmbito de cada equipe, quanto da própria média de um município, se distanciando assim dos modelos internacionalmente consolidados de APS, como por exemplo, na Inglaterra que apresenta uma média de 1432 pacientes sob responsabilidade de um médico generalista³⁰.

Um aspecto positivo acrescido como responsabilidade das três esferas de governo que não havia recomendação nas políticas anteriores, foi o estabelecimento de mecanismos regulares de autoavaliação das equipes que atuam na ABS, como instrumento de monitoramento, avaliação e planejamento do processo de trabalho das equipes²⁵.

De certa forma, aponta para a institucionalização da avaliação na ABS, especialmente para o PMAQ-AB, cujo programa já era previsto na PNAB de 2011, e apresenta previsão de continuidade na PNAB 2017, com financiamento para sua execução^{15, 25}.

Quanto aos princípios e diretrizes, a PNAB de 2017 mantém no seu texto as recomendações da PNAB de 2011 que orientam o processo de trabalho – como a ratificação do trabalho em território definido, responsabilização sanitária, porta de entrada preferencial, cuidado longitudinal, integralidade, acolhimento, resolutividade e gestão da clínica. Porém, as possibilidades de composição de equipe e os próprios apontamentos de ações a serem desenvolvidas pelos profissionais, sugerem muito mais para um processo de trabalho organizado para atender as demandas clínicas dos problemas mais prevalentes da população, portanto, com forte inclinação para o modelo biomédico.

Se por um lado, historicamente a implantação da ABS no Brasil, nunca foi capaz de romper com o modelo biomédico, mesmo com a indicação clara e explícita nas políticas anteriores, atualmente com a nova PNAB, essa lógica biologistica tem terreno fértil para manter sua hegemonia nos serviços de saúde.

Além destas questões estruturais de equipe e processo de trabalho, outro ponto bastante crítico que pode interferir na organização da ABS nos municípios é o financiamento.

Uma primeira questão anterior à publicação da PNAB 2017 que já interfere no próprio financiamento da ABS, é a publicação em 2016 da EC 95/2016, que desvincula a obrigatoriedade de uso de recursos em educação e saúde, e congela os recursos destinados pelo governo federal ao setor saúde por 20 anos³¹, num cenário já de investimentos aquém do atendimento das necessidades de saúde tanto no que tange ao acesso quanto à integralidade das ações.

O congelamento em última instância significa a negação de novos investimentos, quando muito a manutenção do que ora já era subfinanciado. Curioso é que a EC 95, conseguiu aprovação em curto espaço de tempo na Câmara dos deputados e no Senado Federal.

Em contrapartida a Emenda Constitucional 29 proposta em 2000, que previa um acréscimo considerável no financiamento da saúde, ficou transitando por mais de 10 anos no legislativo e fora aprovado em 2012, sem a definição inicialmente proposta de vinculação de gastos da União, limitando o aporte financeiro para a saúde³².

O que pode tornar desenvolvimento e consolidação da ABS mais dramática nos municípios, vem da publicação da Portaria nº 3.992, de 28/12/2017, que desobriga o gasto vinculado ao motivo do financiamento, ou em outras palavras, o recurso repassado pelo governo federal para a ABS, pode ser gasto em outras ações que não a ABS, desde que respeitados os valores destinados a custeio e investimento³³. Essa portaria dá flexibilidade ao gestor de optar onde vai destinar uma fonte maior de recursos, o que pode implicar em priorização de compra de consultas especializadas, ou mesmo incrementos em serviços de pronto-atendimento, que são pontos de sedução para o gestor menos avisado.

Na PNAB 2017, o financiamento também sofre algumas alterações. A previsão de financiamento para qualificação das unidades básicas de saúde, o Programa “Requalifica UBS” não consta mais na nova política²⁵, o que pode tornar o quadro de sucateamento das UBS ainda mais dramático.

Os blocos de Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e PMAQ, foram mantidos com a mesma forma de financiamento²⁵. Já a definição do financiamento para custeio das

equipes teve publicação posterior por meio da portaria n. 1.808, de 28 de junho de 2018³⁴. A nova regra de financiamento das equipes de Saúde da Família, não considera mais a Compensação das Especificidades Regionais prevista na PNAB 2011, na qual havia um acréscimo no repasse de recursos – para equipes de municípios mais pobres ou com indicadores desfavoráveis, população quilombola, ribeirinha ou de assentamento – que faziam parte da modalidade 1 de financiamento, e passam a receber o mesmo recurso dos demais municípios^{15, 34}. Essa parametrização pode aumentar as iniquidades intermunicipais já existentes, dificultando ainda mais o provimento de profissionais e o desenvolvimento de ações dos municípios com condições econômicas e sociais menos favoráveis.

O repasse de recursos referente às equipes de Saúde da família fica restrito atualmente à modalidade 2, que já era prevista na PNAB 2011, destinada ao financiamento das equipes em geral. Além disso, com a nova modalidade de equipe de Atenção Básica, também há previsão de financiamento, prevendo repasse de 30% do valor referente à modalidade 2³⁴.

Na equipe de Atenção Básica, ainda que o valor do repasse seja inferior, como não é obrigatória a presença do ACS, a sedução aos gestores fica por conta de uma menor contrapartida de recursos que teria que ser dispendida por parte do município sem a contratação desses profissionais.

Aliado a esse contexto, ainda corrobora a lei de responsabilidade fiscal acerca do valor máximo permitido para gastos em folha de pagamento de pessoal, que tem sido grande gargalo nas administrações públicas municipais.

A lei de responsabilidade fiscal fixou um limite prudencial e um teto para essas despesas com pessoal, respectivamente de 57% e 60% da receita corrente líquida. Dados contidos no estudo Índice Firjan de Gestão Fiscal – ano referência 2016, avaliou a situação fiscal de 4.544 municípios brasileiros. Destes, 2503 municípios finalizaram o ano de 2016 comprometendo mais de 50% de seus orçamentos com gastos de pessoal, sendo que, 1.024 atingiram o limite prudencial e outros 575 ultrapassaram o limite legal estabelecido pela lei de responsabilidade fiscal³⁵.

Além disso, há de se recordar que mesmo na modalidade de equipe de Saúde da Família, não havendo mais limite máximo para área de abrangência do ACS, também desincentiva o gestor municipal a realizar as reposições de profissionais (pelo

motivo econômico), podendo ocorrer um desmanche gradual da cobertura populacional destes profissionais.

Ainda que a portaria preveja que não pode ser realizada a substituição de uma equipe de Saúde da Família já cadastrada por uma equipe de Atenção Básica³⁴, ela também não descreve os casos de credenciamento e novo credenciamento, pois pode ocorrer de um município ser descredenciado por falta de médico (o que não é raro acontecer, especialmente quando se exige o cumprimento da carga horária), e posteriormente pela dificuldade de compor equipe com dedicação integral, opte num credenciamento futuro pela modelagem de equipe de Atenção Básica, que em tese, presume uma maior facilidade de provimento com composição de mais de um profissional médico para integralização das 40 horas dessa categoria profissional nas atividades da equipe.

Quanto ao financiamento das equipes de saúde Bucal e do NASF na nova PNAB, não houve modificação quanto ao formato e valores, bem como o financiamento de equipes para populações específicas com as fluviais e consultório de rua, e fora acrescida à população em situação prisional³⁴.

Esse conjunto de situações relacionadas à estrutura da equipe, organização do processo de trabalho e financiamento, fragiliza a construção de atributos essenciais à APS como a integralidade da atenção, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado. Vista desta forma, a ABS pode ser reduzida a uma atenção de baixa qualidade voltada para a população pobre, com ofertas centradas principalmente em ações mínimas de assistência.

No aspecto político, o lançamento da PNAB 2017 foi cercado de polêmicas. O documento preliminar foi publicado para consulta pública por um período de 15 dias. O curto espaço de tempo não permite qualquer articulação coletiva para discussão das representações interessadas, muito menos da sociedade civil. Ainda assim, houveram mais de 6000 contribuições, que ao final, pouco foram atendidas, mantendo a essência da minuta proposta³⁶.

A consulta pública pareceu muito mais um artifício para dar um caráter democrático ao processo, mas sem qualquer tipo de valorização das propostas, o que torna a publicação da política, vertical e autoritária.

Essa verticalidade pôde ser comprovada com a aprovação da política por parte Ministério da Saúde com apoio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), mesmo com o veto do Conselho Nacional de Saúde e de organizações como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), Rede Unida, Fiocruz, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade³⁶, em claro desrespeito a participação social, prevista constitucionalmente.

A política adotada pelo governo Temer, com a publicação da EC 95, e com os recentes cortes de recursos da saúde em razão da greve dos caminhoneiros e da criação do Fundo Nacional de Segurança Pública, entre outras, têm limitado e diminuído ainda mais os já escassos recursos do setor saúde.

Por outro lado, a política de renúncia fiscal (quando o Estado abre mão de arrecadar impostos) historicamente adotada no Brasil, concedido para empresas e pessoas físicas, continua beneficiando grupos e pessoas com maior capacidade de receita em detrimento de recursos que deixam de ser arrecadados para o provimento de políticas sociais, para benefício dos que mais precisam³⁷.

Na área da saúde, a renúncia ocorre com incentivos fiscais concedidos às empresas farmacêuticas e hospitalares que se assumem como filantrópicas, e no abatimento de imposto de renda dos gastos em saúde de pessoas físicas e jurídicas³⁸.

O montante da renúncia fiscal é assustador. Em 2014, o Estado Brasileiro, nos diversos setores da economia, deixou de arrecadar aproximadamente R\$ 250 bilhões³⁹, valor esse, maior do que o total de gastos públicos em saúde, juntando União, Estados e Municípios.

Além disso, existe clara intenção de privatização não só do setor saúde, mas de uma gama de serviços públicos, numa lógica neoliberal de governo. O próprio ministro Ricardo Barros ao assumir a pasta da saúde, afirmou que pela escassez de recursos na saúde, a intenção da sua gestão era de estimular a criação dos planos populares de saúde (planos com restrições de cobertura, em geral à procedimentos de alto custo, inclusive contrária a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar), como forma de desafogar o sistema público⁴⁰.

Para termos uma ideia do lobby político existente no setor, nas eleições de 2014, os planos de saúde doaram mais de R\$ 52 milhões e contribuíram para 131 candidaturas de 23 partidos distintos, incluindo a presidência da república, 3 governos estaduais, 3 representantes do senado federal, e ainda 29 deputados federais e 24 deputados estaduais⁴¹.

O próprio ministro Ricardo Barros recebeu R\$ 100 mil reais do presidente do grupo Aliança, empresa que administra planos de saúde, em sua campanha para deputado federal nas eleições de 2014⁴⁰. Nessa falida democracia representativa, fica fácil perceber a quem os políticos eleitos representam.

Essas medidas de corte de gastos públicos em políticas sociais e incentivo a privatização dos serviços públicos, inclusive com abertura para o capital estrangeiro, segue a recomendação do Fundo Monetário Internacional, que é a expressão do neoliberalismo⁴².

Porém, diversas pesquisas têm demonstrado, que mesmo em períodos de crise econômica, a política de austeridade se comparada com o investimento em políticas públicas de proteção social, tem resultado econômico inferior e taxas desastrosas nos indicadores sociais e de saúde⁴².

Isso pode ser explicado pelo fato de que a diminuição dos gastos públicos com as pessoas acelera a recessão, que por sua vez aumenta o desemprego e o trabalho informal, e gera diminuição na arrecadação de impostos. A consequência disso é a necessidade explícita e emergencial da prestação de serviços sociais pela situação de vulnerabilidade das pessoas, o que gera gastos adicionais sem crescimento econômico⁴³.

Por outro lado, estudos realizados em Oxford, apontam que os investimentos em políticas públicas como saúde e educação – seja em períodos de crescimento ou crise econômica – são os que apresentam melhor multiplicador fiscal, pois retornam no futuro para os próprios cofres públicos, gerado pela participação dos indivíduos no desenvolvimento econômico do país, pois se tratam de políticas afirmativas de inclusão social⁴⁴.

I) CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Organização Panamericana de Saúde já alertava na década passada que o que dificulta a consolidação de uma APS eficaz são as resistências de persistência do modelo biomédico influenciado pelo complexo médico-industrial, além da falta de compromisso político e econômico, com conseqüente subfinanciamento da saúde pública⁷, portanto, com forte poder ideológico do capital e conflito de interesses dos atores sociais que concentram grande poder na arena política⁵. Neste sentido, a consolidação do SUS e da própria APS abrangente deve ser vista como um movimento de luta político-ideológica⁵.

A defesa por uma APS abrangente vem de diversos estudos avaliativos apresentados em diferentes regiões do país que indicaram resultados muito superiores da ESF quando comparados ao modelo tradicional (que se baseia apenas na oferta de consulta médica por clínico), mesmo quando direcionado a uma população de maior vulnerabilidade social⁵.

Da mesma forma, estudos internacionais demonstram as mesmas evidências das vantagens da APS em relação a outras formas de organização, apresentando-se mais adequada às necessidades de saúde da população; com maior efetividade para enfrentamento das condições crônicas; menor custo pela otimização do uso dos recursos; são mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres; e principalmente porque apresentam melhores indicadores por darem ênfase nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças⁵.

A despeito de todos os boicotes, manobras e limitações de diversos aspectos (inclusive de mudança de modelo), a Atenção Básica tem contribuído de forma significativa na melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira. A mortalidade infantil, no período de 1991 a 2012, caiu de 45 para 14 óbitos por mil nascidos vivos. A expectativa de vida do brasileiro aumentou. As doenças crônicas como diabetes e hipertensão tiveram considerável controle. As internações por causas sensíveis à Atenção Básica diminuíram significativamente³⁷.

Ademais, as experiências internacionais de sistemas universais baseados na APS – como nas províncias do Canadá e na Inglaterra, que são considerados modelos de sistemas universais de qualidade – apontam a necessidade de tolerância quanto ao tempo necessário para a construção de novas práticas de saúde⁶, portanto, ainda

que a mudança de modelo não tenha se concretizado, ações positivas podem ter impacto futuro no desenvolvimento de uma APS abrangente no Brasil.

Essas escolhas de tipologia do modelo de atenção, como demonstrado, interferem diretamente nos indicadores de morbimortalidade, ou dito em outras palavras, pessoas adoecem e morrem em maior ou menor quantidade, dependendo das decisões políticas adotadas nas esferas de governo e no próprio espaço das equipes.

Nesse sentido, da mesma forma que as políticas sociais foram sendo desmanteladas nesses últimos anos, elas podem novamente passar por um processo de reformulação por um novo governo que tenha como princípios a equidade, a proteção e inclusão social. Portanto, a defesa por um SUS universal e integral e uma APS abrangente, é uma luta pela garantia de direitos sociais amplos, que em última análise se resume na luta em defesa da vida. Isso exige militância e participação social para que de fato o Estado represente os desejos e necessidades das pessoas.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (Orgs). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. p. 531-562.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002. 726p.
3. Organização Panamericana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as Redes de Atenção no SUS – contribuições para o debate. Brasília: OPAS; 2011. 113p.
4. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata; 1978.
5. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512p.
6. Connil EM. 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. Cad. Saúde Pública. 2008; 4(1):7-27.

7. Organização Panamericana da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS; 2007. 33p.
8. Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde. Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul - Atenção Primária à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde; 2014. 87p.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados, 1998-2005/2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 200p.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008. 406p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. 36p.
12. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Cad de Saúde Pública. 2002; 18(Supl.):203-211.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 60p.
14. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2013; 66(esp):158-164.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110p.
16. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(5):951-963.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n. 39 – Núcleos de Apoio à Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 116p.
18. Brasil. Nota Técnica: Programa Mais Médicos. Elaboração: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2013.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do

PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável- PAB variável. Diário Oficial da União – Brasília; 2011.

20. Maeyama MA, Montagner FRGT, Kleis HS, Calvo MCM, Panizzi M. Refletindo sobre o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Revista Catarinense de Saúde da Família. 2016; 6(13):117-125.

21. Brasil. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 set. 2011. Seção 1, p.92. Brasília; 2011.

22. Feuerwerker LCM. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão! Interface (Botucatu). 2013; 17(47):929-930.

23. Morosini L. Mais Médicos, mais atenção. Radis. 2017; 183:25-31.

24. Gérvas J, Fernández MP. Como construir uma atenção primária forte no Brasil: É possível transformar o círculo vicioso de má qualidade em um círculo virtuoso de boa qualidade, no trabalho clínico e comunitário na atenção primária no Brasil. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2011. 99p.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

26. Sociedade Brasileira de Família e Comunidade. A Medicina de Família e Comunidade – O Que, Como, Quando, Onde, Por quê. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2004.

27. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6. Ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO; 2006. p. 43-68.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1065, de 04 de julho de 2005. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

29. Gutiérrez AC. Perspectivas de mudanças de modelo na Atenção Básica a partir do NASF. In: XIX Fórum Permanente de Atenção Básica / SES RJ. Rio de Janeiro; 2013.

30. Giovanella L, Stegmüller K. Tendências de reformas da atenção primária à saúde em países europeus. J Manag Prim Health Care. 2014; 5(1):101-113.

31. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Emenda Constitucional n. 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; 2016.
32. Mendes A, Weiller JAB. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *Saúde debate*. 2015; 39(105):491-505.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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; 2017.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.808, de 28 de junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 27 de setembro de 2018, para dispor sobre o financiamento das Equipes de Atenção Básica - eAB e da Gerência da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
35. Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro. Sistema Firjan. Índice Firjan de Gestão Fiscal – ano base 2016. Rio de Janeiro: FIERJ; 2017. 33p.
36. Batalha E, Lavor A. Toda a atenção que o SUS e a população merecem Radis. 2017; 183:10-15.
37. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate – Caminhos da Saúde no Brasil. Brasília: CONASS: 2014. 100 p.
38. Ocké-Reis CO, Gama FN. Radiografia do gasto tributário em saúde – 2003-2013. Nota Técnica nº19. Brasília: IPEA; 2016.
39. Stevanim LF. O que está por trás de renúncia e desoneração fiscal. *Radis*. 2015; 150:10-17.
40. Kapa R. Dez ministros receberam doações de empresas interessadas em suas pastas. Folha de S. Paulo, País, 31 maio 2016 [acesso em 2016 jul 10]. Disponível em: <http://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2016/05/31/dez-ministros-receberam-doacoes-eleitorais-de-empresas-interessadas-em-suas-pastas/>
41. Scheffer M, Bahia L. Representação política e interesses particulares na saúde: a participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014. Relatório de pesquisa – 25/02/2015. 42p. [acesso em 2018 may 13]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015-1.pdf>
42. Coburn D, Coburn E. Saúde e Desigualdades Sociais em Saúde em um Mundo Globalizado Neoliberal. In: McIntyre D, Mooney G. (orgs). Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 25-53.

43. Giovanella L. Crisis europea y sistemas de salud. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2013; 49:196-202.

44. Stuckler D, Basu S. *A economia desumana: por que mata a austeridade?* Lisboa: Bizâncio; 2014. 302p.