



TEXTO PREPARATÓRIO PARA O ABRASCÃO 2018

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: ENTRE RETROCESSOS E DESAFIOS

Eduardo Melo , Maria Helena Mendonça , Gabriella Andrade, Jarbas Ribeiro

1) Introdução e contextualização

As primeiras experiências de atenção básica (AB) no Brasil datam da primeira metade do século XX. Nos anos 1990 este processo ganhou dimensão nacional e novas perspectivas com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), do Programa de Saúde da Família (PSF), reordenados posteriormente em torno da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no contexto de implantação do SUS em conjuntura política e econômica desfavorável a políticas universalistas. Inicialmente com caráter seletivo, as equipes de saúde da família (EqSF) tiveram crescimento marcante em cidades pequenas e em regiões mais pobres (anos 90), expandindo-se com maior força para os grandes centros nos anos 2000. A ESF constitui-se num importante exemplo do processo de descentralização adotado no SUS desde os anos 90, com avanços e limites. A primeira edição de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) oficial data de 2006, com a segunda edição em 2011 e a terceira em 2017. Princípios, funções e diretrizes como porta de entrada preferencial, territorialização, trabalho em equipe multiprofissional, coordenação e longitudinalidade do cuidado, dentre outros, têm sido afirmados

nestas edições. Enquanto os anos 90 e 2000 estiveram fortemente marcados pela criação e expansão da ESF (incluindo a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF nos anos 2000), nos anos 2010, notadamente a partir de 2011, destacaram-se iniciativas nacionais voltadas ao enfrentamento de nós críticos que o processo anterior evidenciou, tais como a infraestrutura inadequada, o subfinanciamento, o modelo assistencial e a dificuldade de atração de profissionais médicos. De fato, podemos reconhecer na PNAB de 2011, no Requalifica UBS (reformas, ampliações, construções e informatização), no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e no Programa Mais Médicos (PMM) voltado para a provisão emergencial de médicos nas equipes e formação profissional, para citar os mais emblemáticos, expressões deste esforço. É importante sinalizar que, se de um lado estas iniciativas revelaram uma inflexão com centralidade da AB na agenda (inclusive agregando novos recursos e perspectivas) e com contribuição relevante para a sua qualificação, de outro não foram suficientes para o enfrentamento dos desafios existentes, tais como o subfinanciamento, a precarização das relações de trabalho, a formação profissional, a integração da atenção básica com os demais componentes das redes de atenção, dentre outros, em parte pelo tempo de sua constituição, em parte por seus limites.

Vale sinalizar, ainda que brevemente, a utilização da indução financeira como estratégia principal da política nacional em todo o período desde os anos 90, bem como a maior carga de responsabilidade dos municípios no financiamento do SUS ao longo dos anos e, no caso da AB, a baixa participação do ente estadual.

Os anos 2014 e 2015, por sua vez, foram marcados, no plano geral, pelo

agravamento da situação política e econômica do país, com impacto sobre o SUS. No plano da atenção básica, além dos desdobramentos das iniciativas geradas a partir de 2011 e da situação geral do SUS, destaca-se a aprovação de lei federal com definição de piso salarial e obrigatoriedade de contratação apenas por vínculos diretos, para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE), recaindo mais fortemente para os municípios, em virtude da responsabilidade pela contratação de profissionais. O objetivo deste texto é problematizar a 3ª edição da PNAB, realizada em 2017, à luz deste cenário anterior, e considerando ainda o golpe midiático-parlamentar e o governo ilegítimo dele decorrente, com suas medidas de desmonte acelerado de políticas sociais (incluindo as de saúde), que vivemos desde 2015. Além disso, na medida do possível buscaremos indicar novos desafios e possibilidades.

2) O que a “nova PNAB” traz e representa?

Antes de tecer comentários diretos sobre a mudança da PNAB, é oportuno indicar como “lemos” uma política ou, neste caso, uma portaria formal de política. Consideramos ser necessário realizar uma leitura interna da portaria n. 2.435, de 21 de setembro de 2017 (com atenção especial a elementos discursivos e dispositivos concretos que impedem e/ou induzem processos) e uma leitura externa (considerando a participação dos atores, a agenda de governo, problemas enfrentados e não enfrentados, não ditos). Em outras palavras, uma leitura que considera o “dentro texto” e o “fora texto”, sem perder de vista que uma política pública traduz visões de mundo, leituras sobre problemas, projetos políticos, correlações de força e ações concretas de

atores, e que um ato normativo do tipo portaria dá visibilidade a apenas parte destes elementos.

No Caso da PNAB modificada em 2017, diferentemente de 2011, no processo de debate em torno de sua formulação e tramitação entre revisores e os atores interessados, os maiores protagonistas foram parte do Conasems e o MS, com pouco protagonismo do CONASS e com a oposição do CNS e de diversas entidades e movimentos da sociedade civil, colocando em xeque a legitimidade deste processo. Se considerarmos o cenário de ataque à democracia e ao SUS, podemos também perceber o momento inoportuno e imprudente para mudanças na PNAB.

Sobre o texto, faremos comentários em torno de alguns aspectos que consideramos mais centrais, ao compararmos com a 2ª edição da PNAB de 2011. Neste sentido, consideramos haver elementos de caráter positivo que foram agregados, tais como o tema da regulação, da gerência de UBS, do telessaúde, da medicina de família e comunidade e a consideração às realidades locais. Na verdade, a maioria destas questões estavam presentes em outras portarias (de programas relacionados à AB) ou em publicações do MS (cadernos, manuais etc).

Por outro lado, tais elementos aparecem sobretudo no plano conceitual e discursivo, sem dispositivos concretos que busquem a sua efetivação de modo não apenas novo como mais efetivo. Ainda que as palavras importem, ao considerá-las numa portaria é fundamental atentar para os efeitos concretos que podem ou não produzir.

Contudo, outras “novidades” não nos parecem interessantes, tais como o modo colocado de integração entre vigilância em saúde e atenção básica (ignorando

suas especificidades) bem como as noções de padrão essencial e ampliado, que podem ter algum sentido em termos de desempenho (no quadro do PMAQ) mas que na portaria são apresentados de modo genérico e com risco de apropriações que retornam à APS seletiva.

A portaria também cria ou amplia alguns problemas, a saber:

- perspectiva de financiamento novo para equipes tradicionais (residuais nos dias de hoje) num contexto de subfinanciamento ainda maior, com exigências menores de cargas horárias e composição de equipes, produzindo risco real de competição de modelos e desmontagem da ESF. Isto é contraditório com o grande investimento feito no PMM nos últimos anos, que além de prover mais profissionais (com carga horária integral) vinha interferindo em parte no mercado de trabalho médico na atenção básica, e agora está em risco;
- Não indicação (omissão) de mínimo de ACS e ausência de dispositivo concreto para evitar diminuição em áreas de maior vulnerabilidade social;
- Fim da previsão de que 8 das 40h de trabalho dos profissionais podem ser usados para formação, plantão etc;
- Fim da possibilidade dos regimes de 20h e 30h para médicos;
- Paradoxo de prever mais atribuições para os ACS no mesmo ato que na prática diminui o seu número na equipe;

Por fim, a portaria não enfrenta problemas como a necessidade de rever número e financiamento para técnicos de enfermagem nas EqSF, não sinaliza qualquer financiamento adicional para viabilizar a obrigação de as UBS terem gerentes exclusivos conforme ela própria prevê. Realça-se que, meses após a sua publicação, não se seguiu qualquer ato normativo que reajuste (para mais) os valores de custeio das equipes de saúde da família, NASF e saúde bucal ou

os valores *per capita* do PAB Fixo.

Em síntese, se tentarmos configurar uma “trama”, relacionando os elementos da PNAB entre si e com a conjuntura (do SUS e do país), veremos que o seu principal efeito tende a ser o desmonte da ESF, num cenário em que precisaríamos resistir para manter o que fora conquistado até o momento. A concentração de poder nos gestores formais do SUS, ignorando explicitamente o controle social formal e informal, mostrou-se altamente negativa (como uma ruptura do arranjo democrático que envolve políticas federativas por parte do governo e participação social), evidenciando também que a gestão tripartite (ainda que avance em relação a um poder soberano do MS) precisa ter seu peso contrabalanceado pelo controle social, incluindo o CNS.

3) Desafios ou “como resistir numa hora dessas?”

Construir proposições no atual cenário é algo tão difícil quanto necessário. Neste sentido, parece-nos chave distinguir desafios que se referem à realidade da atenção básica no país antes da atual PNAB daqueles gerados pela atual política, foco principal deste texto. Neste sentido, indicaremos algumas ações ou possibilidades que nos parecem adequadas no atual cenário:

- Deslegitimação (não reconhecimento) do processo de revisão da PNAB, tanto com MS quanto com Conass e Conasems. Nenhuma política precisa ser cristalizada, mas também não pode ser destruída sob o argumento da inovação. Além disso, vale lembrar que o SUS não é só dos gestores e dos governos, é também dos trabalhadores e principalmente do povo brasileiro (o controle social e participação

popular foram claramente desrespeitados, ignorando-se a o pleito do CNS);

- Fazer e apoiar as resistências locais e específicas, especialmente junto aos trabalhadores e usuários. Com o cuidado de não sermos (nem apoiarmos ações) corporativistas e de deixarmos muito claro para a população o impacto e riscos de eventuais mudanças e propostas, sem descontar nos usuários (exemplo da greve dos trabalhadores do Rio de Janeiro);

-Parte das mudanças só acontecerão se os gestores municipais tomarem a iniciativa local de mudança. Em parte eles podem ser pressionados pelo cenário financeiro, mas também podem não aderir às novas possibilidades abertas, seja por pressão ou por compromisso. Na dúvida, precisamos dialogar com os gestores, manter canais abertos e ao mesmo tempo monitorar, pressionar, cobrar, tendo clareza do que deve ser dirigido para o âmbito local e do que deve ser direcionado para o âmbito nacional ;

-Não podemos ser formalistas nem legalistas nesse momento em relação à PNAB, não podemos ficar preocupados em viabilizar a adequação à nova PNAB, mas que nosso tempo seja dedicado a enfrentar os desafios já conhecidos e atuais, que são muitos. Inclusive a defesa da atenção básica e do SUS. A atenção básica é mais importante e forte que uma versão da PNAB;

- Precisamos estar vigilantes com o financiamento nacional da APS, tanto pelo risco de dividir os já insuficientes recursos entre ESF e atenção básica tradicional, seja pelas mudanças nos blocos de financiamento (com risco de o financiamento ser ainda mais drenado para a chamada “média e alta

complexidade”, onde os interesses financeiros, os tipos de problemas e os atores com poder de pressão tendem a enfraquecer o investimento em atenção básica e vigilância);

-É preciso estarmos atentos a processos e iniciativas da saúde suplementar que podem, em algum grau, enfraquecer a APS no SUS, especialmente se considerarmos a atual posição do MS, defendendo a desregulação do setor privado pelo Estado e a criação de planos populares, e a investida de algumas operadoras de planos privados de saúde com a adoção de medicina de família, movidas por ganhos de eficiência, mas podendo efetivamente se apresentar como um mercado alternativo de trabalho para os médicos de família;

-Por fim, cabe pensar em estratégias de influência e produção de compromisso dos candidaturas progressistas (executivo e legislativo) relativas ao SUS, que incluam o enfrentamento dos nós críticos da atenção básica no Brasil bem como restabeleçam algum grau de consenso e pactuação para além dos atores governamentais;