

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: Um olhar no modelo de organização da Atenção Básica no Brasil

Marceli Matoso da Silva

Assistente Social do Estratégia Saúde da Família do Município de Nilópolis-RJ.
Mestre em Serviço Social pela UERJ.
Doutoranda do Programa de Estudo de Pós-Graduação em Política Social da UFF.
Docente da Faculdade de Duque de Caxias.
E-mail: matoso2000@yahoo.com.br

Resumo: Este artigo analisa a Estratégia Saúde da Família (ESF), a política de Atenção Básica (AB) e o desenvolvimento do SUS, considerando sua expansão e impacto na saúde da população brasileira. Com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, bem como a segunda edição em 2011 e a terceira em 2017 ampliou-se o escopo e a concepção da AB ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde. Argumenta-se neste trabalho os avanços e os limites da Estratégia Saúde da Família como modelo de reorganização da AB a partir das PNAB e da nova política de financiamento.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

Abstract: This article analyzes the Family Health Strategy (ESF), as the basis for the Primary Care (AB) and SUS development policy, considering its expansion and impact on the health of the Brazilian population. With the 2006 National Primary Care Policy (PNAB), with the second edition in 2011 and the third in 2017, the scope and concept of AB was expanded by incorporating the attributes of primary health care. The advances and limits of the Family Health Strategy are argued as a model for the reorganization of AB based on the PNAB and the new financing policy of 2020.

Keywords: Unified Health System. Family Health Strategy. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 consagrou um novo modelo de saúde que propunha atenção universal, equitativa, integral, descentralizada e participativa, que significou um grande avanço no aspecto legal no que diz respeito ao acesso à saúde. O ponto de partida para a reestruturação do sistema de saúde foi a reorganização da atenção primária de saúde (APS) com o desenvolvimento do Programa Saúde da Família (PSF).

O Brasil teve o Programa Saúde da Família como estratégia norteadora da APS e vem investindo na sua ampliação, desde sua implantação, sempre com a lógica deste programa como a base para a prática real do Sistema Único de Saúde (SUS). Apoiado pelo Ministério da Saúde e em parcerias com as Secretárias Estaduais de Saúde, o Programa Saúde da Família foi efetivamente implantado no SUS em 1994 e buscou à reorganização da Atenção Básica no País, pois favoreceu uma reorientação do processo de trabalho alicerçado nos princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica. A partir de 1996, o PSF passou a ser apresentado como estratégia de mudança do modelo assistencial, superando o conceito de programa vinculado a uma noção de verticalidade e transitoriedade, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) uma certa fusão do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) com o PSF. As Equipes de Saúde da Família (EqSF) tiveram crescimento marcante e expandiram-se com maior força para os grandes centros nos anos 2008, tendo a ampliação da resolutividade das ações e serviços de atenção básica implementado a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) formados por profissionais de saúde das mais diferentes áreas e especialmente.

A primeira edição de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) oficial data de 2006, trouxe avanços legais importantes, mas a segunda edição em 2011 e a terceira em 2017, que deveriam expressar o aprimoramento e expansão da ESFA ESF como um modelo de organização da AB não foram tão expressivas assim, encontramos muitas críticas que serão abordadas aqui.

1.1. Estratégia Saúde da Família: um modelo de organização da Atenção Básica

No início dos anos 80, poucos municípios no Brasil prestavam serviços de saúde, geralmente apenas serviços de urgência, ficando importante parcela da população descoberta, tratada como indigente, recorrendo a hospitais filantrópicos, e sem acesso a serviços de atenção primária, que eram inexistentes com segmentação de coberturas. A assistência médica do Seguro Social prestava serviços de pronto atendimento e atenção ambulatorial, e os trabalhadores rurais eram parcialmente cobertos pelo FUNRURAL, por meio da contratação de terceiros, em geral hospitais filantrópicos, Santas Casas. (PINTO, GIOVANELLA, 2018).

A Constituição Federal de 1988 consagrou um modelo de saúde que correspondeu a uma atenção universal, equitativa, integral, descentralizada e participativa, que significou um grande avanço no aspecto legal no que diz respeito ao acesso à saúde, que durante muitos anos foi elemento determinante da exclusão social. A cobertura universal em saúde passou a entendida a partir de diversas medidas estruturais que permitiram aos sistemas de saúde

ampliar o acesso e implementar serviços capazes de dar respostas às necessidades em saúde da população.

Entre diversos caminhos para atingir a cobertura universal, a literatura mostra que o foco na qualificação da atenção primária à saúde (APS) potencializando os esforços dos países no sentido de fortalecer os sistemas de saúde, com a APS de qualidade, que permita acesso oportuno de todas as pessoas aos bens e serviços de saúde, sem distinção e conforme as necessidades em saúde (KEMPER, 2018).

A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde vem sendo colocada como uma tendência dos sistemas de saúde de todo o mundo, devido às várias evidências de representar uma prática de baixo custo, com maior satisfação dos usuários e que alcança melhores indicadores de saúde, mesmo em situações de grande iniquidade social (STARFIELD, 2002).

No Brasil, esta prática começou a ser valorizada na segunda metade da década de 90, após vários anos privilegiando a atenção hospitalar e a busca de instrumentos orçamentários e mecanismos financeiros que viabilizassem o pagamento de serviços prestados por hospitais contratados pelo SUS, a Atenção Básica passou a ser área de concentração de esforços, programas, investimentos, com a criação de incentivos financeiros federais calculados e transferidos em base per capita (BRASIL, 2002).

A criação do PSF evidenciou uma nova aliança na política de saúde, com participação de vários atores e a tríade de apoio político constituída na comunidade, municípios e Ministério da Saúde que favoreceu a entrada do programa na agenda federal. Seu caráter inovador e seu foco na família tornaram-no atrativo como marco de governo, o que contribuiu para sua priorização na agenda política na segunda metade dos anos 90, quando foram definidas as bases da política de atenção básica no SUS centradas no PSF. Em termos normativos, a NOB SUS 01/96 (BRASIL, 1996) marca a adoção do PSF como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica no país (CASTRO E MACHADO, 2012).

Morosini, Fonseca e Lima (2018) ressaltam a trajetória da Política de Atenção básica a partir de marcos importantes em determinados períodos. A NOB/96 instituiu os componentes fixo e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) e estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF, tornando automática e regular a transferência de recursos federais para o financiamento desses programas. Em 1998, foi estabelecido o primeiro Pacto de Indicadores da Atenção Básica, processo que se renovou periodicamente por meio da negociação intergestores de metas para a avaliação e o monitoramento da AB no SUS. Desdobrou-se, também, em outros dispositivos de fortalecimento da AB, como, por exemplo, a criação do Sistema de Informação da Atenção

Básica (Siab), substituindo o Sistema de Informação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (Sipacs).

Em 2002, visando à reorientação do modelo de atenção, foi criado o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), voltado para os municípios com mais de 100 mil habitantes, explicitou a compreensão da saúde da família como uma estratégia viável não apenas nas pequenas cidades e no meio rural, onde se implantou originalmente. No âmbito do Proesf, foi criada, em 2005, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), que instituiu uma metodologia de avaliação em diversos níveis: gestores, coordenadores, unidades de saúde e Equipes da Saúde da Família (EqSF), com o propósito de qualificação da AB por meio da avaliação. O fortalecimento da APS por meio da ESF consolidou-se gradativamente e, em 2006, tornou-se uma das dimensões prioritárias do Pacto pela Vida (MOROSINI, FONSECA E LIMA, 2018).

Em 28 de março de 2006, através da Portaria nº GM/648, essa legislação foi considerada um marco histórico para a consolidação nacional e expansão da Estratégia de Saúde da Família, visando a reorganização da atenção básica no Brasil: a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que explicita a Saúde da Família (SF) como modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS.

Na PNAB, atenção básica é definida como ‘um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde’. Essas ações se desenvolvem por meio de uma equipe multidisciplinar, em um território geograficamente definido e com sua respectiva população, tornando-se o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde. (MACINKO, MENDONÇA, 2018). Em 2008, para ampliar a resolutividade das ações e serviços de atenção básica foram implementados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) formados por profissionais de saúde das mais diferentes áreas e especialidades (PINTO, GIOVANELLA, 2018).

A PNAB foi revisada em 2011, buscando preservar a centralidade da ESF para consolidar uma APS forte, capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Em 2011, iniciou-se um movimento de mudança da PNAB, em boa parte baseado no enfrentamento desses nós críticos. 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) expressões desse esforço. Nesse período também foi criado o e-SUS AB, incluindo a oferta de prontuário eletrônico gratuito para os municípios, e foram alteradas normativas visando à sua ampliação e ao aprimoramento. Destaca-se ainda a criação de diferentes modalidades de equipes (consultórios na rua, ribeirinhas e fluviais, por exemplo). Suportando tais iniciativas, observou-se incremento no orçamento federal da AB, notadamente no PAB Variável e em recursos de investimento (MELO, 2018, p. 41).

No plano da AB, em 2014, foi aprovada a lei federal com definição de piso salarial e obrigatoriedade de contratação apenas por vínculos diretos, para os ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE), recaindo mais fortemente sobre os municípios, em virtude da responsabilidade pela contratação de profissionais. Em 2016, se tem a proposta de revisão da PNAB e a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecida como a emenda do 'Teto dos Gastos', que congela por 20 anos a destinação de recursos públicos e produz efeitos nas diversas políticas, especificamente no financiamento do SUS.

A nova PNAB foi aprovada em 30 de agosto de 2017, com característica marcante do texto com a explicitação de alternativas para a configuração e implementação da AB, traduzindo-se em uma pretensa flexibilidade, sustentada pelo argumento da necessidade de atender especificidades locorregionais. (MOROSINI, FONSECA E LIMA, 2018).

1.2. A PNAB: avanços e limites da Estratégia Saúde da Família

Em estudo do qual participou pelo Instituto Sul Americano de Governo em Saúde (Isags) sobre APS, Giovanella (2018) ressalta que nos doze países da América do Sul, a declaração de Alma Ata era mencionada em quase todos os documentos como estratégia para reorientar os sistemas de saúde e garantir o direito universal à saúde. Essa concepção de APS integral conquistou as mentes ao redor de todo mundo na luta em defesa dos direitos humanos e orienta até hoje movimentos sociais locais e globais como o *People Health Movement* (Movimento pela Saúde dos Povos), segundo a autora.

De acordo com Piola (2009) os resultados positivos do PSF são reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e para World Health Report o tema Atenção Primária à Saúde é ressaltado da universalização da atenção à saúde e como estratégia para a prevenção e detecção precoce de doenças, além da promoção da saúde e do estímulo a ações intersetoriais. O programa brasileiro é um dos exemplos mais impressionantes do impacto da

adoção dos cuidados básicos e de como esses cuidados devem ser implementados para que proporcionem melhoria na qualidade da saúde da população.

No Brasil, além de formulações internacionais, também foram agregados outras perspectivas, conceitos e diretrizes, a APS é também chamada de Atenção Básica, como significante de resistência à APS seletiva. Nas formulações do Pacs e do PSF, tanto a vigilância em saúde como as práticas de promoção à saúde (incluindo a intersetorialidade) e prevenção de doenças tiveram centralidade, com pouca relevância dada às práticas clínicas, subsumidas por ações programáticas em saúde com destacada normatividade. Destacam-se também, as noções de acolhimento, vínculo e adscrição de clientela, territorialização e responsabilidade sanitária, trabalho em equipe multiprofissional, as ações individuais e coletivas e a retaguarda do apoio matricial. Salientam-se as características de porta de entrada preferencial da APS, centro de comunicação e base de ordenamento nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). (MELLO, 2018).

Ao analisar as condições de saúde da população e do sistema brasileiro, a partir da Constituição Federal, Souza (2019) ressalta que o objetivo maior de assegurar o direito à saúde não foi alcançado e identifica o fortalecimento do setor privado e do capital na área da saúde em detrimento do interesse público do SUS. Ao analisar o período de 1990 à 2015 considera que houve reduções significativas das taxas de mortalidade por doenças transmissíveis e por causas evitáveis, da morbimortalidade materno-infantil e da desnutrição infantil, a expectativa de vida da população, a redução da mortalidade de crianças foi impulsionada pelo Bolsa Família e pela Estratégia Saúde da Família, expansão da rede pública, principalmente unidades de atenção básica, ampliando o acesso a consultas médicas e diminuindo as internações.

A partir de 2015, contudo, alguns indicadores passam a assinalar a existência de riscos à continuidade dessa evolução positiva da situação de saúde. Analisando os 31 anos de SUS, Souza (2019) reconhece o direito Constitucional à saúde produziu resultados positivos, mas a garantia do direito à saúde está longe de ter sido alcançada no cotidiano da vida dos cidadãos, registrando-se a persistência e a emergência de problemas de saúde e de lacunas e falhas dos serviços. A situação do Brasil é o resultado das disputas entre diferentes projetos de sociedade que, no setor saúde, podem ser esquematicamente em dois blocos: o projeto democrático-popular do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e o projeto liberal-conservador ao qual se vincula o setor privado na saúde.

A ESF ao desempenhar o papel de porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde

da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo a integralidade da atenção (BRASIL, 2012). Na perspectiva da Atenção Primária a Saúde, deve ocorrer uma íntima relação do vínculo com as demais dimensões que a integram quer seja o acesso, a porta de entrada, o elenco de serviços, a coordenação, o enfoque família, a orientação para a comunidade e a formação profissional e a continuidade do cuidado (GOMES, 2009).

Para Macinko e Mendonça (2018) ao analisar a ESF considera ser o principal avanço da APS no Brasil e nenhuma outra iniciativa dentro do SUS alcançou a magnitude dessa política que hoje é globalmente citada como exemplo de sucesso. A expansão da ESF foi gradual e teve um impacto muito importante na saúde da população brasileira, pois facilitou o melhor acesso e utilização de serviços de saúde; trouxe melhores resultados de saúde incluindo reduções importantes na mortalidade infantil e mortalidade adulta para algumas condições de saúde sensíveis à atenção primária; ocorreu expansão de acesso a tratamentos (odontológicos, e ampliação no controle de algumas doenças infecciosas); apresentou melhoria na equidade do acesso aos serviços de saúde e diminuição de desigualdades na saúde dos indivíduos; eficiência no SUS devido à redução de hospitalizações desnecessárias e em outras áreas como melhoria na qualidade das estatísticas vitais e sinergias com programas sociais como o Programa Bolsa Família.

Embora a ESF tenha ampliado o acesso da população brasileira ao sistema de saúde, ainda é insuficiente no País. De acordo Tesser, Norman, Vidal (2018) as pesquisas qualitativas mostram a dificuldade no acesso a saúde, com tempo demorado de espera para atendimento, persistentes problemas de acolhimento na sua dimensão relacional; burocratização, traduzida em horários restritos; profissionais administrativos nas recepções com pouca competência comunicativa; pouca agilidade administrativa ante as atuais tecnologias, como telefone, correio eletrônico e comunicadores digitais, exigindo-se a presença dos usuários para obter qualquer informação/ orientação ou resolver qualquer demanda. Assim como as dificuldades para sua operacionalização, que incluem: excessivo número de usuários vinculados às equipes da ESF; falta de ambiência, de recursos básicos, infraestrutura e de formação para o trabalho na APS; insuficiência de profissionais e poucos espaços para discussões e fortalecimento do trabalho em equipe; a escassez de médicos com formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC), sua concentração em grandes áreas urbanas e a sua grande rotatividade nos serviços indiretamente prejudicam o acesso.

As diversas análises sobre as PNAB, da primeira edição de 2006, com a segunda

edição em 2011 e a terceira em 2017, deveriam expressar o aprimoramento e expansão da ESF como um modelo de organização da AB, mas críticas e elogios estão presentes nas análises.

A Política Nacional da Atenção Básica, de acordo com Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco (2018), trouxe mudanças recentes, e provavelmente terá repercussões negativas no modelo, podendo afetar a saúde da população, pois indicam:

A abolição da prioridade para a ESF evidenciada pelo financiamento federal para modalidades de Atenção Básica convencional; A flexibilização da dedicação dos profissionais da equipe com redução da carga horária de médicos e dentistas que atenta a longitudinalidade; pela flexibilização da presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas Equipes de Saúde da Família (EqSF) adicionada à mudança nas atribuições desse trabalhador, agregando práticas de enfermagem e ações do Agente de Combate às Endemias. Essas alterações desfiguram a APS baseada na conjugação entre necessidades de saúde, territorialização, adscrição de clientela, vínculo e responsabilidade sanitária, e reforçam a modalidade de serviços básicos de saúde seletivos, organizados sob a lógica de atendimento 'queixa-conduta'. A criação da carteira de serviços essenciais pode transformar a AB em uma APS seletiva. Também é grande a possibilidade de estagnação ou redução do número de Equipes de Saúde Bucal (SB).

O término dos blocos de financiamento para transferência de recursos federais a estados e municípios pode provocar deslocamento de recursos da AB para procedimentos de média e alta complexidade, especialmente pelo agravamento do subfinanciamento do SUS provocado pela política econômica de austeridade fiscal, expressa no congelamento do teto dos gastos públicos nos próximos 20 anos¹⁵.

A possibilidade de criação de planos populares de saúde suplementar vinculados ao capital financeiro internacional para oferta de ações de AB em larga escala à população de menor condição socioeconômica pode levar à captura de clientela e de profissionais do SUS para uma APS seletiva, de baixa qualidade e pouco resolutiva (Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco, 2018, p. 408).

Ao analisar a PNAB em 2017, Morosini, Fonseca e Lima (2018) consideram as ameaças ao modelo assistencial da atenção básica brasileira e também a fragmentação do processo de trabalho e o comprometimento da coordenação e longitudinalidade decorrente da contratação de profissionais por apenas dez horas semanais para equipes de atenção básica. Apontam a provável redução do número de ACS com o fim da obrigatoriedade de 100% de cobertura do território, sendo esse profissional o elo entre o serviço e a população contribuindo para facilitar o acesso.

A PNAB de 2017 se descompromete com a integralidade, associada as ações e cuidados na AB, de acordo com as condições especificidades locais, fazendo a diferenciação de padrões essenciais e ampliados, se limita aos padrões essenciais, em torno dos cuidados mínimos, recuperando a concepção de APS seletiva. O risco colocado pela diferenciação entre serviços essenciais e ampliados é de retornar a lógica da seletividade com diretrizes que reforcem a segmentação e a fragmentação dos serviços e das ações de saúde no SUS. Na

PNAB 2017 a segmentação traz as bases para o desenvolvimento de um SUS seletivo, que universaliza mínimos e estratifica padrões de atenção, justificados por situações precárias (MOROSINI, FONSECA E LIMA,2018).

Em 12 de novembro de 2019 foi criada a Portaria de número 2.979 que institui o Programa Previne Brasil, estabelecendo um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, gerando várias dúvidas e receio principalmente na permanência do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Em nota técnica Nº 3/2020 do Ministério da Saúde, em 27 de janeiro de 2020, cujo o assunto é o NASF –AB e Programa Previne Brasil analisa o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) e definem os parâmetros de atuação considerando que a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às equipes NASF-AB, onde o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. O gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Essa mudança também impacta no credenciamento de novas equipes NASF-AB. A partir de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde não realizará mais o credenciamento de NASF-AB, e as solicitações enviadas até o momento serão arquivadas.

Várias questões devem ser ressaltadas a partir dessas legislações, a primeira é o repasse de verba considerando o cadastro, ou seja, o número de pessoas cadastradas nas equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, no sistema do Ministério da Saúde (E-SUS), desconsiderando o atendimento integral e acompanhamento das famílias. Essa mudança já vem provocando uma busca ativa nos municípios para atualizar o cadastro e assim manter a garantia de verba. Nesse momento o profissional que foi flexibilizado nas equipes, o ACS, vem sendo colocado como o grande parceiro na busca ativa de cadastros, mas o seu trabalho nesta estratégia vai muito além dessa atividade.

Outra questão a ser considerada é a verba do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, um recurso que era uma bonificação, que poderia até mesmo ser utilizada na qualificação dos profissionais, será repassado para o Gestor Municipal mediante a indicadores estabelecidos programaticamente, quem definirá onde será alocado.

Profissionais, pesquisadores e entidades de saúde já estão se pronunciando nas mídias com críticas a nova proposta. O professor Áquilas Mendes da Universidade de São Paulo

(USP), em entrevista a EPSJV/Fiocruz (2019), ressalta a sua discordância da mudança no financiamento, que rompe com o caráter universal do SUS, criando o princípio da seletividade na atenção à saúde. “Vejam os que isso, na sociedade capitalista, é incentivado pela atribuição de maior alocação de recursos para uma determinada e segmentada população.

Segundo Ligia Giovanella, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) e integrante do comitê gestor da Rede APS, também em entrevista a EPSJV/Fiocruz (2019), considera que o pagamento por captação ponderada tem tudo para gerar consequências drásticas. “Significa que os municípios terão que renunciar à única transferência governamental em saúde de base populacional atualmente existente e que pode ser aplicada com autonomia – e isso certamente é um risco para a sustentabilidade financeira do SUS municipal”.

A partir do momento em que o governo decide ligar os recursos da atenção primária ao critério de captação de pessoas, deixa claro que não quer mais um SUS para todos, é um retrocesso a uma visão seletiva da atenção primária. “A proposta do Ministério entende a atenção primária como serviços para os mais pobres que não têm condições de consumir planos de saúde ou via desembolso direto”. Mas além de acreditar que a mudança também é uma forma de o governo incentivar o mercado privado, esclareceu Leonardo Carnut, professor da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) na entrevista da EPSJV/Fiocruz (2019).

O novo modelo de financiamento federal na APS vai substituir as principais formas de financiamento da Atenção Básica, por quatro dimensões de financiamento: Capitação Ponderada; Desempenho; Programas (Incentivos); e, Provimento. A perda para o conjunto dos municípios paulistas na Dimensão da Capitação Ponderada seria de aproximadamente 423 milhões (mais de 25% das projeções de recebimento para 2019) atingindo 391 municípios (ou 61% do conjunto de municípios) (COSEMSSP, 2019).

A atual portaria que analisa o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde, se constituiu sem um diálogo com a população, sem um debate com as entidades de controle social, e trouxe restrições importantes ao acesso da gestão municipal aos repasses federais voltados para a atenção básica, sendo considerada um ataque à universalidade da saúde no Brasil, estabelecida na Constituição Federal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da Constituição Federal de 1988 é notório a implementação de políticas direcionadas para o fortalecimento do SUS buscando a concretização dos seus princípios e diretrizes. Na década de 90, o esforço de construção de um novo modelo assistencial se

materializou na Atenção Básica, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família que permitiram ampliar a cobertura em saúde de uma parte da população brasileira em situação social mais vulnerável. Posteriormente ocorre a conquista da mudança do Programa para Estratégia Saúde da Família, e as publicações das PNAB de 2006 e 2011.

Alguns autores ressaltam as melhorias das condições de saúde e de vida da população brasileira até os anos 2015, considerando a contribuição dos programas Bolsa Família e a ESF, mas ainda assim estamos longe de concretizar a garantia da saúde como direito universal e de qualidade.

O aprimoramento do modelo assistencial da APS brasileira, a partir da Estratégia Saúde da Família, contribuirá para maiores ganhos em saúde, mas com a PNAB de 2017, com a Portaria de número 2.979 de novembro 2019 e a nota técnica Nº 3/2020 de janeiro de 2020, o direito a saúde encontra-se sob ameaça. Ocorreu mudança no repasse de verba para os municípios, o agente comunitário de saúde, que é um ator relevante do programa é flexibilizado nas equipes de saúde, assim como o NASF fica a critério do gestor municipal, entre outras mudanças que identificamos um momento de universalização dos mínimos.

Permanece a necessidade de uma maior mobilização não só dos Conselhos de Saúde, organizações, profissionais, mas sim da população como um todo na luta por um sistema e saúde universal e de qualidade, pois neste momento se encontra prisioneiro de restrições financeiras, sendo necessária a discussão com o controle social sobre o financiamento da Atenção Primária.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Ministério da Saúde. – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. **NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**, 27/01/2020.
- CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. **A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000**. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 477-506, jun. 2012.
- FLEURY, Sonia. **Direitos sociais e restrições financeiras**: escolhas trágicas sobre

universalização. *Ciência Saúde coletiva* vol.16 no.6 Rio de Janeiro Jun 2011.

GIOVANELLA, L. **Sistema universal de saúde e cobertura universal**: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência Saúde coletiva*, Rio de Janeiro vol.23 no.6, 2018.

GOMES, A.L.C.; SÁ, L.D. **As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose**. *Rev. esc. enferm. USP*. vol.43 no.2 São Paulo June, . 2009.

KEMPER, E. S. **Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil**, 2018.

MACINKO J, MENDONÇA C.S. **Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados**. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, V. 42, Número Especial 1, p. 18-37, Set. 2018.

MELLO, Eduardo A.. At al. **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica**: entre retrocessos e desafios. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, V. 42, Número Especial 1, p. 38-51, set 2018.

MOROSINI, MGV; FONSECA, AF; LIMA, LD. **Política Nacional de Atenção Básica 2017**: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. RJ, V42 n116, p 11-24, jan-mar 2018.

PINTO, L.F, GIOVANELLA L. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família**: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1903-1913, 2018.

PIOLA SF, Barros ED, Nogueira RP, Servo LM, Sá EB, Paiva AB. **Vinte anos da Constituição de 1988**: o que significaram para a saúde da população brasileira? Capítulo 3. p. 97-172. In IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada / Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. *Políticas sociais acompanhamento e análise. Vinte anos da Constituição Federal*. N. 17, v. 1. Brasília, 2009. 280 p. [acesso 13 janeiro 2020]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/bps_completo_1.pdf

Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. **Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS**. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, V. 42, Número Especial 1, P. 406-430, Set. 2018.

SOUZA, LEPP at al. **Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil**. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v 24, n 8, p 2783-2792, 2019.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TESSER, C. D. ; NORMAN, A. H. ; VIDAL, T. B. **Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira**: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 361-378, 2018.