

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E POLITICA SOCIAL**

**KYARA BATISTA MACHADO**

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (APS) NOS GOVERNOS TEMER E  
BOLSONARO (2016-2021): UM OLHAR PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA (ESF)**

**Miracema do Tocantins, TO**

**2021**

**Kyara Batista Machado**

**A atenção primária a saúde (APS) nos governos Temer e Bolsonaro (2016-2021): um  
olhar para a estratégia saúde da família (ESF)**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Federal do Tocantins, Campus de Miracema, como pré-requisito para obtenção do grau de Especialista em Serviço Social e Política Social. Sob a orientação da Profa. Dra. Vanda Micheli Burginski.

Miracema do Tocantins, TO

2021

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

- M149a Machado, Kyara Batista.  
A atenção primária a saúde (APS) nos governos Temer e Bolsonaro (2016-2021): um olhar para a estratégia saúde da família (ESF) / Kyara Batista Machado. – Miracema, TO, 2021.  
64 f.
- Monografia de Especialização - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2021.  
Orientadora : Vanda Micheli Burginski
1. Política de Saúde. 2. Neoliberalismo. 3. Política de Atenção Primária a Saúde. 4. Estratégia Saúde da Família. I. Título

**CDD 360**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

KYARA BATISTA MACHADO

A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (APS) NOS GOVERNOS TEMER E BOLSONARO  
(2016-2021): UM OLHAR PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Federal do Tocantins, Campus de Miracema, como pré-requisito para obtenção do grau de Especialista em Serviço Social e Política Social. Sob a orientação da Profa. Dra. Vanda Micheli Burginski.

Data de Apresentação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Vanda Micheli Burginski – Orientadora – UFT.

---

Prof. Dr. Paulo Sérgio Gomes Soares – Examinador – UFT.

---

Profa. Dra. Rosemeire dos Santos – Examinadora – UFT.

## AGRADECIMENTOS

Ao grande criador do universo. Tu que sempre me presenteou com suas bênçãos.

**Obrigada Senhor por me conceder mais essa conquista.**

À minha irmã Kauênya Batista Machado, a minha querida mãe Maria das Dores Batista Machado e ao meu padraсто Gioflan Alves Magalhães que mesmo distantes estão o tempo todo em meus pensamentos.

**Amo-te, meus queridos.**

A meu companheiro Cássio Renato Gomes Cerqueira.

**Obrigada pelo companheirismo de sempre.**

Á tod@s os professores do colegiado do curso de pós-graduação em Serviço Social e política social da UFT – *campus* de Miracema do Tocantins, que contribuiram para o meu conhecimento acadêmico e profissional.

**Vocês são minhas admirações.**

A minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dra. Vanda Micheli Burginski por compartilhar comigo seu conhecimento e pela paciência que teve comigo.

**A você a minha gratidão.**

As Colegas Claret Costa Brito e Sônia Ferreira da Luz pela confiança e incentivo.

**Que perpetue a nossa amizade.**

Aos participantes da banca examinadora por aceitar o nosso convite mesmo em um período curto para leitura e em tempos de pandemia.

**Muito Obrigada pela participação na banca.**

## RESUMO

Desde início dos anos de 1980 os movimentos sociais e demais organizações das classes subalternas se lançaram na luta pela redemocratização da sociedade e do Estado, fazendo desta década um marco para a democracia brasileira. Essa época marcou também um importante momento para a política de saúde que ganha status de política de Seguridade Social, se fortaleceu no âmbito de direito do cidadão e de dever do Estado com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Nos anos seguintes com o advento do neoliberalismo e seus ataques aos direitos da classe trabalhadora, a política de Atenção Primária à Saúde (APS) vem sofrendo fortes ameaças com as sucessivas tentativas de sua privatização e com a limitação de seu investimento orçamentário, desde a EC n°. 95. Desse modo, no presente trabalho buscamos compreender como a política de atenção primária vem se configurando no Brasil nos governos Temer e Bolsonaro durante o período de 2016 a 2021. Para a aproximação do objeto de estudo, utilizamos da pesquisa bibliográfica com abordagem a partir do materialismo histórico e dialético, que nos possibilitou um arcabouço teórico e como técnica de coleta de dados foi utilizada a pesquisa documental. Os resultados da pesquisa apontam que os ataques neoliberais se intensificaram durante o governo de Michel Temer com a aprovação da EC 95/2016 e a contrarreforma da PNAB e ganhou forças durante o governo de Jair Messias Bolsonaro com a política de saúde subordinada ao mercado por meio das privatizações e com o programa previne Brasil.

**Palavras-chaves:** Política de Saúde. Neoliberalismo. Política de Atenção Primária a Saúde. Desfinanciamento. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

Since the beginning of the 1980s, social movements and other organizations of the subaltern classes launched themselves in the struggle for the redemocratization of society and the State, making this decade a milestone for Brazilian democracy. This time also marked an important moment for health policy, which gained the status of Social Security policy, strengthened within the scope of the citizen's right and the State's duty with the promulgation of the Federal Constitution of 1988. In the following years, with the advent of neoliberalism and its attacks on the rights of the working class, the Primary Health Care (PHC) policy has been suffering strong threats with the successive attempts of its privatization and with the limitation of its budget investment, since EC no. 95. Thus, in this study, we seek to understand how the primary care policy has been shaped in Brazil in the Temer and Bolsonaro governments during the period from 2016 to 2021. In order to approach the object of study, we used bibliographical research with an approach based on from the historical and dialectical materialism, which allowed us a theoretical framework and as a data collection technique, documental research was used. The survey results show that neoliberal attacks intensified during Michel Temer's government with the approval of EC 95/2016 and the PNAB counter-reform and gained strength during the government of Jair Messias Bolsonaro with the health policy subordinated to the market through privatizations and with the Prevent Brazil program.

**Keywords:** Health Policy. Neoliberalism. Primary Health Care Policy. Definancing. Family Health Strategy.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Portarias analisadas na pesquisa documental.....	12
Quadro 02 - Histórico do quantitativo de equipes – Atenção Básica à Saúde (2008 – 2015).	25
Quadro 03 - Histórico do quantitativo de equipes – Atenção Básica à Saúde (2017-2020)....	32
Quadro 04 - Percentual do Orçamento Geral da União destinado à política de saúde entre os anos de 2016 a 2019 em %.....	42
Quadro 05 - Os Blocos de financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS.....	45
Quadro 06 - Síntese comparativa dos aspectos organizativos e funcionais nas edições da PNAB/2011 e PNAB/2017.....	48

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ação e Serviços Públicos de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Constituição Federal de 1988
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CUS	Cobertura Universal de Saúde
eAB	Equipe de Atenção Básica
EC	Emenda Constitucional
EqSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEC	Instituto de Defesa do Consumidor
ICSAB	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NOAS	Norma Operacional de assistência à Saúde
NOB/SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
MS	Ministério da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PROFAGS	Programa de Formação Técnica para Agente de Saúde

PSF	Programa Saúde da Família
PSL	Partido Social Liberal
PT	Partido dos Trabalhadores
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>O MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA, A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E A CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1</b>	<b>O Sistema Único de Saúde – SUS: Princípios organizativos e doutrinários .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2</b>	<b>A atenção primária a saúde (APS) no âmbito do SUS .....</b>	<b>21</b>
<b>2.3</b>	<b>A Estratégia Saúde da Família – ESF .....</b>	<b>24</b>
<b>2.4</b>	<b>As redes de Atenção à Saúde – RAS .....</b>	<b>26</b>
<b>2.5</b>	<b>A APS nos governos Temer e Bolsonaro .....</b>	<b>29</b>
<b>3</b>	<b>O FUNDO PÚBLICO, A EMENDA CONSTITUCIONAL - EC 95/2016 E O SUBFINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE.....</b>	<b>36</b>
<b>3.1</b>	<b>O financiamento da APS .....</b>	<b>43</b>
<b>4</b>	<b>ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....</b>	<b>47</b>
<b>4.1</b>	<b>A nova PNAB e o aprofundamento da privatização da APS: De Temer a Bolsonaro .....</b>	<b>47</b>
<b>4.2</b>	<b>As mudanças na organização da equipe do ESF.....</b>	<b>44</b>
<b>4.3</b>	<b>O Programa Previne Brasil e suas alterações no modelo de financiamento e custeio da APS.....</b>	<b>51</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>55</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>58</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho objetiva compreender como a política de atenção primária a saúde – APS vem se configurando no Brasil nos governos Temer e Bolsonaro durante o período de 2016 a 2021. O anseio em discutir a temática se deve pela trajetória acadêmica da pesquisadora que durante o curso de pós-graduação em Serviço Social e política social da Universidade Federal do Tocantins – UFT- *campus* de Miracema -TO teve a oportunidade de se aproximar da discussão que envolve a política de saúde no Brasil e ainda, pela trajetória profissional da pesquisadora que em decorrência do seu ingresso no campo profissional, atuando como Assistente Social vinculada a estratégia saúde da família - ESF em um município no interior do Estado do Tocantins, foi possível perceber que a população usuária do SUS é a mais prejudicada com as contrarreformas na política de atenção primária a saúde – APS.

Para além disso, por nos referirmos a uma política pública que não se efetivou de fato, ainda mais no contexto da conjuntura nacional, na qual a degradação dos direitos sociais estão cada dia mais latentes, afetando diretamente os usuários da política aqui referida, culminando em rebatimentos inevitáveis na atuação dos profissionais de saúde e conseqüentemente na intervenção profissional do Assistente Social. Acreditamos que somente compreendendo o processo de contrarreforma da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o seu novo modelo de financiamento e as mudanças na Estratégia Saúde da Família (ESF) será possível discutir medidas que minimizem as barreiras de acesso da população usuária as ações e serviços de saúde.

Através de leituras textuais de autoras como Bravo (2006), Behing e Bochetti (2007), Soares (2001), Mota (2006) entre diversas outras, compreendemos que a política de saúde caracterizada no Art. 196 da Constituição Federal de 1988 como “direito de todos e dever do Estado” foi uma conquista do movimento pela reforma sanitária, que durante o final dos anos 1970 e a década de 1980 empreendeu lutas em torno das concepções de saúde. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção primária ficou reconhecida como política de Estado, com ações e serviços voltados para “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” (BRASIL, 2016, p. 19), melhorando a qualidade de atenção à saúde no país a partir da expansão do ESF.

Porém, os acontecimentos que ocorreram nos anos 1990 com o neoliberalismo e seus rebatimentos para a sociedade impossibilitou a Constituição Federal de 1988 se efetivar em sua plenitude, tendo em vista as sucessivas contrarreformas e os ataques ao caráter universal e

público da política de saúde, bem como ao seu financiamento, visando o seu desmonte, através de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização (CORREIA, 2005) que permanece até os dias atuais.

Diante desse contexto de aprofundamento neoliberal, permeado pelas contradições entre capital e trabalho em que vivemos buscamos ainda: Identificar as implicações da Emenda Constitucional – EC 95/2016 na contrarreforma da PNAB e no seu novo modelo de financiamento; Abordar as principais modificações ocorridas na estratégia saúde da Família – ESF durante os governos Temer e Bolsonaro com a contrarreforma da PNAB e o programa previne Brasil; Perceber de que maneira a PNAB/2017 e o programa previne Brasil vem se caracterizando como ameaças aos princípios do SUS e da APS.

A aproximação deste objeto de estudo exigiu um amplo exercício de reflexão e elaboração teórica que foi amadurecida com as contribuições da orientadora, além de uma ampla pesquisa bibliográfica.

O método utilizado neste estudo é o método crítico-dialético onde “consiste em passar do mais abstrato para o mais concreto, em fases sucessivas, afastando suposições simplificadoras nos sucessivos estágios da investigação, de modo que a teoria possa explicar e levar em conta um número de fenômenos cada vez maior” (SWEEZY, 1976, p. 39-40). Este método possibilita conhecer a realidade indo da aparência para a essência do objeto em análise. Deste modo, a melhor forma de percebermos os impactos da EC 95/2016 na contrarreforma da PNAB bem como os ataques da PNAB/2017 aos princípios do SUS consiste em fazer uma aproximação histórica que possibilite compreendermos em que conjuntura social, econômica e política a contrarreforma da PNAB bem como o programa previne Brasil foram implementados.

Como já mencionado, este estudo é resultado de uma pesquisa de natureza bibliográfica. Esta modalidade de pesquisa segundo Gil (2006) e Severino (2007) é desenvolvida com base em material já elaborado por outros autores, assim, utilizamos estudos de autores referentes à política de saúde, ao neoliberalismo, a política nacional de atenção básica no âmbito do SUS, bem como de artigos científicos sobre o fundo público, a EC 95/2016, o subfinanciamento da política de saúde, a revisão da PNAB e de dissertações de mestrado que discutem a temática.

Como técnica de coleta de dados, foi utilizada a pesquisa documental que segundo Marconi e Lakatos (2009, p. 48-49) “a característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita aos documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias”. Tal documentação na concepção dos autores:

Constituem geralmente a fonte mais fidedigna de dados. Podem dizer respeito a atos individuais ou, ao contrário, atos da vida política, de alcance municipal, estadual ou

nacional. O cuidado do pesquisador diz respeito ao fato de que ele não exerce controle sobre a forma como os documentos foram criados. Assim, deve não só selecionar o que lhe interessa, como também interpretar e comparar o material, para torná-lo utilizável. (MARCONI; LAKATOS, 2009, p. 51-52).

Assim, para fonte de informação foi realizado um levantamento da documentação relacionada à Política Nacional de Atenção Básica – PNAB de 2011 e 2017 e seu novo modelo de financiamento e custeio, a saber:

Quadro 01- Portarias analisadas na pesquisa documental

<b>Governo</b>	<b>Portarias</b>	<b>Descrição</b>
DILMA VANA ROUSSEFF (PT)	PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011.	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
MICHEL TEMER (MDB)	PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
JAIR MESSIAS BOLSONARO (SEM PARTDO)	PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019.	Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Fonte: BRASIL, MS/ Portarias nº 2.488/2011 nº 2.436/2017 nº 2.979/2019.

Esta documentação oficial são Portarias públicas onde toda a sociedade pode ter acesso às mesmas através do *site* do Ministério da Saúde (MS) e no Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde (APS). Após a localização da fonte e seleção dos documentos, utilizamos do roteiro de análise documental para proceder com as análises das Portarias relacionadas à Política Nacional da Atenção Básica – PNAB 2011 e 2017 e da Portaria que institui o novo modelo de financiamento e custeio da APS conhecido como programa previne Brasil.

A PNAB/2017 apresentou diversas alterações se comparada com a PNAB anterior, porém, durante nossas análises fizemos um recorte para a Estratégia Saúde da Família – ESF por constituir nosso objeto de estudo nesse trabalho. Vale ressaltar que no momento do uso dos trechos das Portarias as mesmas foram citadas na íntegra, respeitando a ética na pesquisa.

Considerando a complexidade do tema que envolve a contrarreforma da política de atenção primária em saúde – APS (governo Temer) e o programa previne Brasil (governo Bolsonaro), optamos por uma pesquisa de natureza qualitativa onde segundo Souza e Minayo (2008, p. 21) “se ocupa [...] com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado [...] ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e atitudes”. Esses conjuntos de fenômenos humanos são entendidos como parte da realidade social. Diante disso, para estudar a política de saúde na atual conjuntura faz-se necessário a análise de todas as determinações que o permeiam, desde os aspectos sociais, culturais como econômicos e históricos.

Para compreendemos este contexto de aprofundamento do neoliberalismo e ataque aos direitos da classe trabalhadora, abordamos no primeiro capítulo o desafio posto ao movimento sanitário para a legitimação da política de saúde enquanto política social de direito do cidadão e dever do Estado na Constituição Federal Brasileira de 1988. Também apresentamos de maneira breve a trajetória sócio histórica na implantação da atenção primária em saúde no Brasil por meio da criação da estratégia de saúde da Família – ESF e sobre os ataques a APS nos governos Temer e Bolsonaro.

Em seguida discutimos sobre o fundo público no âmbito do orçamento da política de saúde é sobre a Emenda Constitucional - EC 95/2016 que institui um novo regime fiscal no Brasil, refletindo na desvinculação de orçamento para as políticas sociais no período de 20 anos, entre elas a política de saúde.

Por fim, apresentamos a contrarreforma da PNAB, seu novo modelo de financiamento por meio do programa previne Brasil, as principais modificações na estratégia saúde da família – ESF além das ameaças dessa contrarreforma nos princípios do sistema único de saúde – SUS e da atenção primária a saúde – APS.

## 2 O MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA, A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E A CONTRARREFORMA<sup>1</sup> DO ESTADO BRASILEIRO

A Constituição Federal Brasileira de 1988 é o grande marco regulatório da política de saúde no Brasil, pois caracterizou a saúde como política social, de direito de todos e dever do Estado, integrante do tripé da Seguridade Social junto com as políticas de Previdência e Assistência Social. Como todas as políticas sociais surgem da luta de classes, com a política de saúde não foi diferente. Assim, vale ressaltar que a inserção da saúde no texto constitucional é fruto do movimento pela reforma sanitária ocorrida durante a década de 1970 e intensificado durante a década de 1980 com a iniciativa da sociedade civil e com a participação dos profissionais de saúde, dos partidos políticos de oposição ao regime ditatorial, dos movimentos sociais entre outros (BRAVO, 2006).

Ainda segundo a autora, o projeto de reforma sanitária teve como proposta a ampliação do debate do Estado democrático de direito responsável pelas políticas sociais incluindo a saúde. A saúde deixa de ser interesse apenas dos técnicos e passa então a assumir uma dimensão política, e as principais propostas debatidas pelos integrantes do movimento de reforma sanitária foram:

[...] **a universalização do acesso**; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do **Sistema Unificado de Saúde**, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a **descentralização do processo decisório** para as esferas estadual e municipal, o **financiamento efetivo** e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os **Conselhos de Saúde**. (BRAVO, 2006, p. 97, grifo meu).

Para conseguir que a discussão em torno da saúde alcançasse uma ampla visibilidade nacional ao ponto de ser incluída nas demandas da agenda governamental, em 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional da Saúde como estratégica de garantir apoio político para a realização das mudanças necessárias na área da saúde. Com a sociedade marcada por um modelo político autoritário, a conferência teve como tema Democracia é Saúde por compreender que para conseguir direitos e começar a melhorar as condições de vida e de saúde da população brasileira primeiramente era necessário romper com o regime ditatorial e inserir na sociedade a saúde como política pública.

---

<sup>1</sup> Compartilhamos do pensamento de Behring e Boschetti (2007) quando afirmam que o que houve foi uma verdadeira contrarreforma já que a mesma foi em direção à supressão de direitos enquanto as reformas têm sua origem nas lutas sociais.

As propostas discutidas durante a 8ª conferência nacional da saúde subsidiaram a discussão sobre a saúde na Assembleia Nacional pela Constituinte. Vale ressaltar que durante o movimento pela Constituinte, além do projeto de reforma sanitária, havia também as propostas do projeto privatista para a área da saúde. Desse modo,

A Assembleia Constituinte com relação à Saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congrega cerca de duas centenas de entidades representativas do setor. (BRAVO, 2006, p. 10).

Boschetti (2008, p. 166) afirma que os militantes do movimento sanitário e os partidos de esquerda defendiam que a saúde fosse domínio exclusivo do Estado, já os empresários além de pressionar o governo para preservar o mercado privado na oferta dos serviços de saúde, também reivindicavam que o setor privado pudesse participar do sistema público recebendo subvenções sociais. Outra reivindicação do setor empresarial segundo a autora supracitada era que o Estado deveria reduzir a sua participação na oferta dos serviços de saúde, abrindo espaço para a inserção do mercado privado.

Como estratégia de enfrentamento as propostas do movimento sanitário para a política de saúde durante a Assembleia Constituinte, a ala conservadora do Congresso, aliado com os ideários do setor empresarial, formou um bloco denominado “Centrão”<sup>2</sup> fazendo surgir um árduo processo de negociações dos artigos contidos no texto constitucional sendo o mesmo severamente ajustado, conseguindo vetar algumas demandas cobradas pelos movimentos sociais que eram tidas pelos conservadores e neoliberais como inviável e inconsequente.

Após vários acordos políticos e pressão popular, o texto constitucional de 1988 incorporou grande parte das reivindicações do movimento pela reforma sanitária já que no artigo 196 a saúde ficou compreendida como “direito de todos e dever do Estado [...] de acesso universal e igualitário” (BRASIL, 2016, p. 61) acabando com a seletividade no atendimento até então existente.

Isso porque antes da promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988 não existia no Brasil um programa de saúde com acesso universal assim, “somente os/as trabalhadores/as com carteira assinada podiam acessar os serviços de saúde existentes” (CFESS, 2015, s/p), pois

---

<sup>2</sup> Com o objetivo de alterar a direção e o funcionamento da Assembleia constituinte, o governo, aliado as forças políticas mais conservadoras, formou um bloco congregando vários parlamentares de centro-direita. Esse bloco, conhecido como “Centrão”, assumiu a expressa postura de votar contra os dispositivos que não correspondiam aos interesses do governo e das forças de direita. (BOSCHETTI, 2008, p. 168).

a assistência em saúde era prestada somente aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, ficando o restante da população dependente dos atendimentos das entidades filantrópicas.

As propostas do projeto privatista para a área da saúde ganharam força durante a década de 1990 com o redirecionamento do papel do Estado sobre a influência do neoliberalismo (BRAVO, 2006). A reestruturação do capital na década de 1990 repercutiu no processo de intervenção do Estado e em perda de direitos, pois segundo Soares (2001), o país estava no auge do crescimento de sua dívida externa e foi pressionado pelas agências internacionais durante o consenso de Washington<sup>3</sup> (realizada para impulsionar o desenvolvimento e ampliação do neoliberalismo nos países da América latina) a aderir uma rigorosa disciplina fiscal, de privatização e redução de gastos públicos e de liberação comercial como medidas a serem tomadas para retomar o crescimento econômico diante da crise<sup>4</sup> que abalava o país. Conforme Antunes:

Como resposta à sua própria crise, iniciou-se um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação, cujos contornos mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal, da qual [...] se seguiu também um intenso processo de reestruturação da produção e do trabalho, com vistas a dotar o capital do instrumental necessário para tentar repor os patamares de expansão anteriores. (ANTUNES, 1999, p. 31).

Como pode ser observada, em linhas gerais, em resposta a crise econômica, o neoliberalismo se fortalece na década de 1990 indo em contramão aos preceitos constitucionais, pois, segundo Faleiros (2009, p. 187), o neoliberalismo tinha como propósito “mudar a estruturação do sistema de bem-estar social com a diminuição do papel do Estado e, principalmente, da garantia de direitos sociais [...]” por meio da redução dos recursos públicos voltados para a área social e das infinitas contrarreformas de Estado realizadas para inserir o país na dinâmica da globalização e no retorno do crescimento econômico.

Assim, sob a influência do neoliberalismo dissemina-se a urgência de uma

---

<sup>3</sup> O Consenso de Washington representa um plano único de medidas de ajustamento dos países periféricos, determinados pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e pelo governo norte-americano em convenção realizada em 1989, em Washington, fato que representa o marco do processo de disseminação do projeto neoliberal em mais de 60 países em todo o mundo (RAICHELIS, 2008, p.73).

<sup>4</sup> É importante observar que a crise para Marx é de superprodução. Mesmo quando existem massas de valores na forma monetária — superacumulação — isso expressa o processo da superprodução em grande escala (MARX, 2009, p. 163). A crise geral do mercado mundial é para ele um momento em que todas as contradições da produção burguesa eclodem, fazendo aparecer abalos menores, que estavam dispersos e isolados. [...] (p. 170). [...] Quando a crise advém, revela sua natureza real de uma crise latente de superprodução, escamoteada pelo incremento do crédito, o que fez com que muitos a caracterizassem como crise das finanças, como se o mundo das finanças fosse uma forma desviante do capitalismo e não uma forma essencial. (BEHRING, 2012, p. 175).

contrarreforma do Estado voltado para a privatização como a alternativa mais acertada para o Brasil sair da crise econômica. Em 1995 é apresentado o Plano Diretor da Reforma do Estado – PDRE<sup>5</sup> que exigiu “de forma imperiosa, a disciplina fiscal, a privatização e a liberação comercial” (BEHRING, 2008, 174). Para a política de saúde foi articulado uma proposta de saúde para o mercado, pautado no modelo médico assistencial privatista e na política de ajuste fiscal.

O projeto privatista da saúde também encontrou respaldo no Artigo 199 da Constituição Federal ao estabelecer que “instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, [...] mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” e, conseqüentemente no artigo 4º no inciso § 2º da lei 8080/1990 que reforçou a participação da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar e os grupos empresariais do ramo da saúde que sempre estiveram envolvidos na assistência à saúde brasileira defendiam fortemente que “os serviços de saúde, [...] dentre outros, serão contratados e executados por organizações públicas não-estatais competitivas” (BEHRING, 2008, p. 176). Nos anos seguintes a discussão sobre a regulamentação da assistência privada a saúde ganhou destaque e visibilidade pública, culminando na promulgação pelo Congresso Nacional da lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. (MENICUCCI, 2007, p. 247).

Na tentativa de justificar as privatizações, o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) construiu uma ideologia da ineficácia do Estado, nessa visão “o Estado brasileiro é caracterizado como lento, ineficiente e sem memória administrativa [...] e a reforma gerencial era necessária para o retorno da qualidade na prestação dos serviços e da produtividade” (BEHRING, 2008, p. 179).

Em linhas gerais, a política de saúde vem sofrendo ameaças do capital com a expansão do setor privado na oferta dos serviços de saúde e os governantes com o apoio da mídia, imprime na sociedade as falácias de que a parceria público-privado na oferta dos serviços de saúde é vantajosa, e que os atendimentos das instituições privadas de saúde são melhores se comparando com os atendimentos via SUS, incentivando a população usuária do SUS a optarem pelos planos de saúde populares tais como MEDPREV, UNIMED, JASPMED entre outros, “transformando a saúde em mercadoria a ser comprada no mercado dos seguros de saúde” (MOTA, 2006, p. 44). Boschetti (2016) complementa:

---

<sup>5</sup> O Plano Diretor da Reforma do Estado foi desenvolvido no âmbito do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) em 1995, sob a tutela de Bresser Pereira. (SILVA; et. al. 2017, s/p).

No âmbito da [...] saúde, a ação estatal se limita cada vez mais à manutenção de sistema públicos mínimos ou básicos (os chamados planos de base) e regula a instituição de planos privados abertos e/ou fechados que se constituem em novos nichos de acumulação. (BOSCHETTI, 2016, p. 137).

Desse modo, durante a década de 1990 tivemos transformações com características recorrentes ao processo de contrarreforma do Estado tendo em vista que, com a hegemonia neoliberal, o Estado colocou em desprezo a reforma democrática brasileira anunciada na Constituição de 1988 e o que tivemos foi uma resposta do capital aos avanços dos direitos sociais que se fortaleciam durante a década de 1980 (BEHRING, 2008).

Por outro lado, mesmo com todos os retrocessos impostos pelo neoliberalismo, não podemos deixar de reconhecer os avanços que a política de saúde teve no Brasil. Em 1990 foi criada a Lei Orgânica de Saúde – LOS, regulamentando o artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988 e atendendo a reivindicação do movimento de reforma sanitária pela criação de um sistema unificado de saúde a lei 8.080/90 instituiu o Sistema Único de Saúde - SUS, com comando único em cada esfera de governo e regulando em todo território nacional os serviços e as ações desse sistema único.

## **2.1 O Sistema Único de Saúde – SUS: Princípios organizativos e doutrinários**

Os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde – SUS inicia-se durante a 8ª conferência nacional da saúde realizada em 1986 e se consolida com a promulgação da Constituição Federal de 1988. De acordo com a lei 8.080/90 o SUS dispõe dos seguintes objetivos:

I – identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II – formulação de política de saúde; III – assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com integrações das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, 1990).

Tais objetivos são operacionalizados/colocado em prática da seguinte maneira: os fatores determinantes e condicionantes de saúde da população usuária são identificados pela vigilância sanitária, vigilância em saúde e vigilância epidemiológica. Já a formulação da política de saúde que vão reger como deve ser feito a operacionalização do processo de atendimento a população usuária desse sistema único fica sobre a responsabilidade do SUS, por meio do Ministério da Saúde (MS).

A assistência à saúde da população usuária do SUS envolve os três níveis de atenção à saúde sendo eles: atenção primária (Unidades Básica de Saúde – UBSs) com as ações e serviços

de promoção e proteção da saúde, atenção secundária (Unidades de Pronto Atendimento - UPAs), Ambulatório de especialidades médicas e etc...) e atenção terciária (Hospitais de alta complexidade com as unidades de terapia intensiva - UTIs) responsáveis pela recuperação da saúde. O SUS baseia-se nos princípios organizativos da descentralização, hierarquização e participação social. Sobre a descentralização podemos inferir que:

A descentralização é vista, de forma geral, como uma proposta de distribuição de poder entre as diversas esferas de governo, na qual são aplicadas atribuições e demandados suportes financeiros, humanos e físicos para execução ao poder destinado a cada esfera. (ROCHA, 2010, p. 69).

A descentralização com ênfase na municipalização proposta pelo SUS segundo Vasconcelos & Pasche foi a mudança mais significativa no que se refere ao aspecto político-organizativo da reforma do sistema de saúde no país (VASCONCELOS; PASCHE, 2006 *apud* CASTRO, 2015, p. 41). Isso porque com a descentralização os municípios de forma gradual passaram a responsabilizar-se pela gestão e pela prestação direta da maioria das ações e serviços de saúde no país, impulsionando assim o debate sobre a expansão da atenção primária à saúde.

A hierarquização organiza as ações e serviços de saúde do SUS por níveis de atenção, com complexidade crescente, considerando as características de cada área geográfica e de cada usuário. Os níveis de atenção são: atenção primária (Unidades Básica de Saúde – UBS), atenção secundária (Unidades de Pronto Atendimento - UPAs, Ambulatório de especialidades médicas etc) e atenção terciária (Hospitais de alta complexidade com as unidades de terapia intensiva - UTIs).

Assim, a hierarquização propõe um fluxo de atendimento (atenção primária – atenção secundária – atenção terciária). Nesse fluxo de atendimento a atenção primária é a porta de entrada do usuário aos serviços de saúde e contribui para que não haja uma superlotação nos demais níveis de atenção. Castro (2015, p. 42) afirma que os serviços básicos de saúde são os de uso mais frequentes pela população e somente quando esses não conseguem suprir as necessidades de saúde do usuário o mesmo é referenciado para os demais níveis de atenção que compõe a rede de serviços de saúde.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo IBGE em convênio com o Ministério da Saúde no ano de 2019 e publicada no ano seguinte, revelou que “76,5% da população costumavam procurar atendimento de saúde em estabelecimentos públicos. A maior parcela (46,8%) indicou a Unidade Básica de Saúde (UBS) como estabelecimento que costumavam procurar mais frequentemente quando precisam de atendimento de saúde” (IBGE,

2020, p. 38-39) dados esses que reforçam a importância da APS no atendimento a população usuária do SUS.

A participação social na política de saúde ocorre por meio dos conselhos ou das conferências de saúde. Esse princípio possibilitou a ampliação de espaços institucionais com participação popular e com poder de decisão e deliberação sobre a política de saúde. Ao tratar desta participação, Santos (1998) enfatiza que:

Ampliar a participação da sociedade civil não significa desobrigar o Estado e esvaziá-lo das suas competências, mas antes permitir-lhe maior alcance, maior diversidade de atenção, com efetiva equidade na execução dos seus serviços. (SANTOS, 1998 *apud* MESTRINER, 2008, p. 44).

Desse modo, a participação social nos conselhos de saúde tem por objetivo, possibilitar a sociedade opinar sobre as suas próprias necessidades, reivindicando ao Estado e/ou município medidas que de fato supram tais demandas, cobrar o aprimoramento das ações, serviços e programas de saúde que estão sendo ofertados para a comunidade assim como, realizar denúncias de desvio de verbas, agindo em defesa da transparência dos recursos destinados para a política de saúde e em defesa de seu modelo de gestão descentralizado e participativo. O SUS reafirmou ainda como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade. A universalidade pressupõe a ideia de direito o que segundo Matta torna-se,

[...] completamente inadequado o uso de qualquer menção a ideia de pagamento/gratuidade. Portanto, quando ressaltamos que é inapropriado afirmar que o SUS é gratuito, queremos reforçar a noção ou princípio do direito à saúde. Não queremos dizer que não é financiado, mas que a população não deve desembolsar nenhuma espécie de pagamento direto para a obtenção de serviços de saúde no SUS. (MATTA, 2007, p. 67-68).

Essa associação entre universalidade e gratuidade ocorre em decorrência da história da assistência à saúde no Brasil e da hegemonia da cultura do consumo nas sociedades contemporâneas (MATTA, 2007). Assim, por universalidade entendemos que é um dos princípios fundamentais do SUS que representa o direito à saúde, à vida e determina que todas as pessoas tem direito igual ao acesso das ações e serviços de saúde sem qualquer tipo de distinção de classe, raça, idade, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação.

O princípio da equidade tem relação direta com os conceitos de justiça social. Assim, o atendimento em saúde é prestado aos usuários de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde, compreendendo que cada usuário possui necessidades diferentes.

A integralidade implica em atender o usuário de maneira integral dentro das suas necessidades em saúde. As necessidades que não são possíveis serem atendidas pela limitação da densidade tecnológica deve ser encaminhado para os demais níveis de complexidade para que possa ser atendida em sua totalidade. Esse princípio implica ainda em reconhecer as necessidades do usuário do SUS em uma compreensão ampliada que segundo Mattos:

[...] envolve tanto a dimensão biológica, quanto as dimensões psicológica e social dos indivíduos, buscando compreender os aspectos subjetivos (sofrimentos, expectativas, desejos e temores) e os determinantes sociais que interferem nas condições de vida e saúde, e contemplá-los, na medida do possível, na elaboração dos projetos terapêuticos individuais, desenvolvendo ações preventivas, de promoção da saúde e de assistência articuladas. (MATTOS *apud* NUNES, 2011, p. 31).

Desse modo, compreendemos que é através da integralidade que o indivíduo é reconhecido em sua totalidade e a saúde passa a ser tratada em todos os níveis de atenção sem priorização do atendimento hospitalar.

O artigo 3º da Lei Orgânica de Saúde - LOS reconhece como determinantes e condicionantes da saúde fatores como “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990, s/p), ampliando o conceito de saúde que antes da Constituição Federal de 1988 era compreendida apenas como a ausência de doença em que o atendimento era centrado no modelo biomédico, passando a centrar-se na prevenção das doenças, dos agravos e na promoção da saúde sem desmerecer o tratamento/cura da doença. Com esse ideário de prevenção e promoção da saúde foi criado a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que passaremos a discutir no próximo tópico.

## **2.2 A atenção primária em saúde (APS) no âmbito do SUS**

As primeiras experiências no Brasil de uma política de saúde voltada para a atenção primária, “ocorreram durante a primeira metade do século XX, pois, desde a aprovação da Constituição de 1988 e a criação do SUS, busca-se construir um novo modelo assistencial” (MELO; et. al., 2018, p. 39- 40). Com a consolidação do SUS a atenção primária em saúde - ou atenção básica - ficou reconhecida como política de Estado, com ações e serviços voltados para “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” (BRASIL, 2016, p. 19), melhorando a qualidade de atenção à saúde no país. Vale ressaltar que a atenção primária em saúde (APS) também é denominada de atenção básica – AB veja:

[...] os termos “Atenção Básica”, “Atenção Primária” e “Atenção Primária à Saúde” podem ser utilizados como sinônimos, na maioria das vezes, sem que isto se torne um problema conceitual. Porém, em algumas ocasiões, seus referenciais variam desde as correntes francamente funcionalistas até aquelas mais progressistas, particularmente opondo os conceitos de “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” ao de “Atenção Primária”. (MELLO; et. al., 2009, p. 204).

O termo atenção básica - AB é mais utilizado nos documentos oficiais do governo brasileiro, a exemplo da própria Política Nacional de Atenção Básica – PNAB publicada pelo Ministério da Saúde - MS. Já o termo Atenção Primária e Atenção Primária à Saúde é mais utilizado nos documentos internacionais. Neste trabalho consideramos os conceitos atenção básica e atenção primária como sinônimos, porém, Mendes (2002) aponta que existem três principais interpretações da atenção primária à saúde sendo elas:

**1) Atenção primária à saúde como atenção primária seletiva:** concebida como um programa específico destinado a populações e regiões pobres, onde são utilizadas tecnologias simples e de custo baixo. Os trabalhadores possuem baixa qualificação profissional, e não há a referência para outros níveis de atenção à saúde. **2) Atenção primária à saúde como o nível primário do sistema de serviços de saúde:** concebida como o modo de organizar e colocar em funcionamento a porta de entrada do sistema, dando-se ênfase na resolutividade dos problemas mais comuns de saúde, de forma a minimizar os custos econômicos, e satisfazer as demandas da população neste primeiro nível de atenção. **3) Atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde:** concebida como uma forma singular de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar os recursos do sistema, visando à satisfação das necessidades, demandas e representações da população. A atenção primária deve, necessariamente, estar situada dentro de um sistema integrado de serviços de saúde. (MENDES, 2002, p. 10, grifo meu).

Diante dos conceitos descritos por Mendes (2002) e na tentativa de evitar os equívocos conceituais, vale ressaltar que é a concepção de atenção primária à saúde – APS como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde que consideramos aqui como sinônimo da atenção básica e que é essa concepção de atenção que defendemos por perceber que ela é a definição que melhor reflete a atenção primária proposta pela Constituição Federal de 1988 e pelo SUS e por compreender que a atenção primária não deve ser considerada como uma política seletiva, de baixo custo e que não precise de investimentos.

A APS não deve ainda ser interpretada como um nível de atenção menos complexo e efetivo que os demais, direcionada para os mais pobres, e menos importante que os outros níveis de densidade tecnológica (secundária e terciária). Assim, defendemos a concepção ampliada de APS. Levando em consideração essa concepção, Starfield (2002) citada por Meira (2013, p. 15) define a atenção primária à saúde – APS pelos seguintes atributos essenciais: “o acesso de primeiro contato ao Sistema de Saúde, a longitudinalidade e integralidade da atenção e a coordenação da assistência [...]” sendo definidos como:

**1- acesso de primeiro contato** - “implica acessibilidade e utilização dos serviços pelos pacientes para cada problema novo ou para cada novo episódio de problema já existente”; **2- longitudinalidade** - “pressupõe a existência de uma fonte continuada de atenção, e seu uso ao longo do tempo. O vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletido em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde”; **3- integralidade** - “Implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos dentro delas. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários e terciários para manejo definitivo de problemas específicos”; **4 - coordenação** - “exige a existência de algum tipo de continuidade (seja por meio dos médicos, da história clínica ou por ambos), assim como a identificação de problemas que são abordados em outros serviços e a integração deste cuidado com o cuidado geral do paciente. O serviço provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe, nos diferentes níveis do sistema de saúde” [...]. (STARFIELD, 2002 *apud* MEIRA, 2013, p. 15-16, grifo meu).

O acesso de primeiro contato está relacionado com a acessibilidade do usuário aos serviços e com a percepção da atenção primária como porta de entrada aos serviços de saúde ofertados pelo SUS.

A longitudinalidade representa não só o atendimento contínuo, regular e sistemático do usuário, mas também possibilita que a equipe de saúde possa conhecer a singularidade de cada usuário e suas necessidades, além de criar vínculos com os mesmos.

A integralidade é quando o sistema de saúde se propõe a ofertar todas as ações e serviços de saúde que o usuário necessita para resolver as suas necessidades em saúde, seja na promoção, prevenção, tratamento, cuidado, reabilitação, cuidados paliativos entre outros. Partindo desse atributo/princípio o usuário passa a ser acompanhado não somente pelo aspecto biológico, mas também pelas suas dimensões psicológica, social e cultural.

A integralidade é o princípio finalístico do sistema de saúde e a atenção básica desempenha um papel fundamental como coordenadora da rede de atenção a saúde – RAS e na efetivação desse princípio. Isso porque é a coordenação desenvolvida pela atenção básica que vai ter a função de garantir a continuidade dos atendimentos nos outros pontos de atenção que constituem a rede de atenção à saúde em âmbito municipal. Somente assim será possível que o usuário possa ter as suas necessidades que exigem outros níveis de complexidade tecnológicas atendidas dentro da RAS, efetivando assim o atributo/princípio da integralidade.

Enquanto princípio orientador das práticas em saúde a integralidade é o encontro entre os profissionais de saúde e usuários dos serviços, orientado por uma abordagem que busque compreender as necessidades dos indivíduos considerando o seu contexto familiar e comunitário. (NUNES, 2011, p. 32).

Além dos atributos essenciais citados temos ainda os atributos derivados que são: a atenção à saúde centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural, compreendidos como:

**1 - atenção centrada na família** (orientação familiar) –“conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das enfermidades”; **2- orientação comunitária** - “refere-se ao conhecimento do provedor sobre as necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e avaliação conjunta dos serviços”; **3 - competência cultural** - “envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais” (STARFIELD, 2002 *apud* MEIRA, 2013, p. 15-16, grifo meu).

A centralização na família considera as características individuais de cada integrante familiar e como a família se organiza na promoção do cuidado do indivíduo, se esse núcleo familiar irá proporcionar ou não um suporte familiar ao indivíduo que necessita. A orientação comunitária também está relacionada com a qualificação do cuidado em saúde. Aqui a equipe de saúde organiza o cuidado dos indivíduos levando em consideração os indicadores epidemiológicos daquele determinado território. Ao organizar o cuidado desses indivíduos a equipe de saúde precisa considerar a questão cultural, facilitando a abordagem dessa pessoa, grupo ou comunidade, e assim será mais fácil a participação do mesmo no seu processo de prevenção, tratamento e/ou recuperação. Os atributos derivados qualificam as ações e os serviços de saúde desse nível de atenção (MEIRA, 2013).

Esses são os atributos essenciais e derivados que a atenção primária precisa considerar e cumprir para que seja possível desempenhar a sua função como organizadora do sistema de atenção à saúde. No Brasil esses atributos citados pela Starfield (2002) são representados pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

### **2.3 A Estratégia de Saúde da Família – ESF**

Implementada com o intuito de romper com o modelo tradicional de saúde voltado apenas para o atendimento hospitalar, a atenção básica propôs inserir na sociedade ações e serviços voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde, melhorando a qualidade de atenção à saúde no país (BRASIL, 2016, p. 19).

Para o fortalecimento desse novo modelo assistencial, o Ministério da Saúde – MS criou o programa de agentes comunitários de saúde - PACS em 1991. Esse programa,

[...] foi lançado com objetivo de contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de mortalidade materna e infantil no nordeste do Brasil. O Programa foi apresentando resultados positivos na saúde da população e para dar continuidade ao processo o Ministério da Saúde lançou o PSF com vistas a intensificar o processo de reorganização do sistema de saúde. (SOUSA, 2000 *apud* CAVALCANTE, 2016, p. 16).

O programa saúde da família (PSF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS) agregando o programa de agentes comunitários de saúde (ACS). O PSF passou a ser reconhecido como estratégica prioritária para a expansão da atenção básica (AB), pois,

Entende que o PSF possa contribuir para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, promovendo a atenção primária de boa qualidade e a participação da comunidade na construção do setor, apontando para um novo paradigma de atenção à saúde. (RODRIGUES, 1998 *apud* SANTANA; CARMAGNANI, 2001, p. 34).

A adesão ao PSF se tornou um critério imposto pelo Ministério da Saúde para o recebimento de recursos federais para a atenção básica, o que contribuiu para que os gestores municipais aderissem ao programa. Assim,

Nos primeiros quatro anos de sua implantação, o PSF abrangia 3,51% da população brasileira, ao final de 1998, este percentual atingiu 6,57%. Em dezembro de 1999, existiam 4.114 equipes de Saúde da Família, atuando em 1.646 municípios, que representam 29,9% dos municípios brasileiros. Em setembro de 2002, esses números cresceram significativamente: são 16.463 equipes, em 4.161 municípios, assistindo 54 milhões de pessoas. (BRASIL, 2003, p. 124).

Vasconcellos (2013, p. 35) complementa os dados sobre a expansão do PSF ao afirmar que “no ano de 2004, o PSF abrangia 80,2% dos municípios brasileiros, ou seja, 4.600 municípios [...]”. Em 2006 o PSF deixou de ser considerado como um programa e passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família – ESF. Nos anos seguintes a expansão do ESF assim como dos ACS continuou como demonstrado no quadro a seguir.

Quadro 2 - Histórico do quantitativo de equipes – Atenção Básica à Saúde (2008 – 2015).

<b>Período</b>	<b>Nº de municípios com ACS</b>	<b>Nº de municípios com EqSF</b>
Dezembro 2008	5.354	5.235
Dezembro 2010	5.383	5.294
Dezembro 2013	5.436	5.346
Dezembro 2015	5.504	5.463

Fonte: Elaboração Própria. Com base nos dados do Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Dados do MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família – DESF tabulados pela autora. Disponível in:< <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml>>.

O programa de agente comunitário de saúde (ACS) é anterior ao programa saúde da família o que pode ter contribuído para que a inserção dos ACSs se torne mais efetiva em alguns municípios brasileiros do que o PSF como demonstrado no quadro. A Estratégia Saúde da Família (ESF) além de expandir o acesso e consolidar a atenção básica ampliou a resolutividade das demandas de saúde e aprofundou os princípios e diretrizes do SUS e os agentes comunitários de saúde (ACS) que integram a equipe de saúde da família (EqSF) tiveram a sua parcela de contribuição nesse processo.

Isso porque “após a implantação do PSF o papel do ACS foi ampliado, saiu do foco materno-infantil para a família e a comunidade” (TOMAZ, 2002, p. 85). Quanto às atribuições dos ACSs o autor destaca “as atividades de identificação de situações de risco; orientação das famílias e comunidade; e encaminhamento dos casos e situações de riscos identificados aos outros membros das equipes de saúde” (TOMAZ, 2002, p. 85). Desse modo, os agentes comunitários de saúde além de encaminhar as informações do território de abrangência para as equipes que compõe a Estratégia de Saúde da Família, eles podem auxiliar no planejamento e na implementação de ações de saúde capazes de solucionar as demandas da comunidade, sendo fundamentais para a expansão e consolidação da APS.

Assim, “diversos estudos abordam a singularidade dos ACS na experiência brasileira e a importância do seu trabalho, sobretudo em áreas mais pobres” (MELO, et. al., 2018, p. 40). A ESF é formada por uma equipe multiprofissional. Assim, além dos ACSs a EqSF deve ser composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, cirurgião-dentista e técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

Em 2006 a ESF foi incorporada dentro da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) adquirindo visibilidade importante para a saúde no Brasil (CAVALCANTE, 2016, p. 16). Por ocorrer no local mais próximo da vida dos usuários e seus familiares, a atenção básica se tornou a principal porta de entrada e comunicação da população usuária do SUS às ações e aos serviços de saúde e a PNAB ficou caracterizada como ordenadora da rede de atenção à saúde (RAS).

#### **2.4 As redes de atenção à saúde – RAS**

As redes foram criadas como estratégia de superação da fragmentação do sistema de saúde já que permite que os serviços de saúde ocorram de maneira organizada, integrada e orientada pela atenção básica, dando respostas eficazes às diversas necessidades da população de um determinado território.

Silva (2016) relata que a ideia que inspirou as redes de atenção à saúde surgiu no Reino Unido por volta de 1920 quando foi elaborado o Relatório Dawson<sup>6</sup> que continha a primeira proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde. Posteriormente a discussão sobre a RAS esteve novamente em destaque durante a primeira Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde realizada em 1978<sup>7</sup> onde ressaltou a “fundamental importância da atenção primária em saúde como fator essencial para a universalização do cuidado [...]” (SILVA, 2016, p. 17).

No Brasil a criação da RAS tem sido discutida desde o final dos anos de 1990, período em que os gestores demonstraram uma maior preocupação em minimizar e superar a fragmentação historicamente existente no sistema público de saúde (SILVA, 2016). Ainda segundo o autor supracitado, tal preocupação culminou na elaboração da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2001 que posteriormente foi substituída pela Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS pela Portaria N° 373, de 27 de fevereiro de 2002.

Essas Portarias foram elaboradas para fortalecer a Norma Operacional Básica do SUS NOB/SUS de 1996, contribuindo para o processo de descentralização e organização do SUS. Assim, a NOAS/SUS de 2002 definiu a regionalização como estratégia fundamental para a reorganização dos serviços de saúde e instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de assistência à saúde em cada Estado e no Distrito Federal. Ainda segundo a NOAS/SUS 2002 o PDR fundamenta-se,

[...] na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. [...] devendo contemplar uma lógica de planejamento integrado de modo que possa garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, respeitando os limites municipais no que se refere as suas competências e compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades. (BRASIL, 2002).

<sup>6</sup> publicado em 1920, foi o marco da ideia de APS como forma de organização dos sistemas nacionais de saúde, no qual se propôs a reestruturação do modelo de atenção à saúde na Inglaterra em serviços organizados segundo os níveis de complexidade e os custos do tratamento. Centros de saúde primários deveriam resolver a maior parte dos problemas de saúde da população e funcionar como a porta de entrada e núcleo do sistema, de forma vinculada e com o suporte de centros de saúde secundários e hospitais de ensino (MINISTRY OF HEALTH, 1920 *apud* PORTELA, 2016, p. 256).

<sup>7</sup> Conferência organizada em 1978 pela OMS e UNICEF em Alma-Ata, capital do Kazaquistão. A Conferência foi assistida por mais de 700 participantes e resultou na adoção de uma Declaração que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais. Naquela ocasião, chegou-se ao consenso de que a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial. (MENDES, 2004, s/p.).

Mesmo com as discussões em torno da RAS, sua criação somente foi proposta em 2010 por meio da Portaria N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde – RAS no âmbito do SUS.

A organização de uma Rede de Atenção à Saúde ficou estabelecida na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 como uma estratégia de fortalecimento e realização de um cuidado integral em saúde por meio da regionalização, possibilitando que as equipes de saúde e os gestores possam direcionar as ações e serviços para as principais necessidades de saúde da população usuária do SUS.

A PNAB enquanto ordenadora da RAS possui como função reconhecer as necessidades de saúde da população usuária que são de sua responsabilidade, organizar e direcionar as necessidades junto à rede de atenção à saúde ofertada pelo município e contribuir na organização dos serviços de saúde que atendam as necessidades apresentadas pelos usuários do SUS. São ainda funções da atenção básica na RAS:

I - **Ser base:** ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

II - **Ser resolutiva:** identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, capaz de fortalecer a longitudinalidade, construir intervenções clínica e sanitariamente efetivas na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - **Coordenar o cuidado:** elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuar como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. (MEIRA, 2013, p. 22, grifo meu).

Meira (2013, p. 20) afirma que a APS ao desempenhar as suas funções frente à RAS “fortalece o Sistema Único de Saúde, com seus princípios e diretrizes, na estruturação de Redes que garantam atendimento universal, integral, e de forma a identificar e responder às necessidades de saúde da população”. Assim,

Ao longo dos anos, diversas pesquisas indicaram que unidades básicas de saúde, funcionando adequadamente, de forma resolutiva, oportuna e humanizada, são capazes de resolver, com qualidade, cerca de 85% dos problemas de saúde da população. O restante das pessoas precisará, em parte, de atendimento em ambulatorios de especialidades e apenas um pequeno número necessitará de atendimento hospitalar. (INFORMES TÉCNICOS INSTITUCIONAIS, 2000, p. 316).

Com as demandas de saúde de baixa densidade tecnológica sendo atendidas pela EqSF a atenção básica em saúde por meio da expansão de seu acesso vêm contribuindo para a redução

das internações por condições sensíveis à atenção básica - ICSAB, diminuindo a lotação nas unidades de saúde de média e alta densidade tecnológica como as Unidades de Pronto Atendimento - UPAs e os Hospitais (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A resolutividade das demandas nas unidades básicas de saúde aumenta o grau de satisfação de todos os partícipes do processo – gestores, profissionais de saúde e população usuária que utiliza os serviços de saúde ofertados pelo SUS. Porém, o governo desconsiderou os dados que afirmam as conquistas da equipe multiprofissional do ESF na integralidade e qualidade dos serviços prestados e na efetivação dos princípios do SUS e sancionou a contrarreforma da PNAB.

## **2.5 A APS nos governos Temer e Bolsonaro**

Durante o governo Temer (2016-2018) a contrarreforma da política de saúde intensificou com a continuidade do projeto privatista e com a defesa do SUS “completamente subordinado ao mercado” (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2019, p. 1). Vale mencionar que Michel Temer (MDB) chegou à Presidência da República após o golpe sofrido por Dilma Rousseff (PT) em 2016, golpe esse provocado pela reorganização e fortalecimento do conservadorismo no Brasil, repercutindo na perda dos direitos conquistados pela classe trabalhadora, pois nessa fase de avanço do neoliberalismo, particularmente com a crise de 2008, o sistema capitalista precisava “de um governo genuinamente burguês, capaz de não ceder o mínimo aos trabalhadores, de lhes retirar o pouco que conquistaram” (BRAZ, 2017, p. 87-88 *apud* SOARES, 2020, p. 282).

Após o golpe, “observa-se o rápido fortalecimento de uma pauta antidemocrática e autoritária, orientada para o aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais brasileiros” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 13).

Barros e Brito (2019, p. 79-80) relatam que antes mesmo de assumir a presidência da república, Michel Temer por meio do documento intitulado “Travessia Social” que apresentava as propostas de Temer para a área social, buscou “afirmar a necessidade de focalização do atendimento na parcela da população que não pode pagar planos privados de saúde; e nesse caminho, estimular o aumento de cobertura dos planos privados”.

A justificativa na época foi de que seria impossível sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988 como o acesso universal à saúde e que seria necessário repensar tais direitos, pois não havia capacidade financeira para tal. (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2019). Assim,

como proposta para a atenção primária foi apresentada o plano de saúde simplificado e/ou acessível que consiste:

[...] na cobertura para a atenção primária, restrita a consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina – CFM e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade e o Plano ambulatorial [...] para a cobertura de toda a atenção primária. (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2019, p. 3-4).

O objetivo maior era de “reagir a perda de usuários dos planos de saúde, propondo então, planos de saúde que possam atingir a todas as camadas sociais” (SILVA; SANTOS; CORREIA, 2021, p. 204). Esse pensamento ideológico voltado para o fortalecimento do setor privado como alternativa de qualificação no atendimento às necessidades de saúde vêm constituindo,

[...] o terreno propício para dar prosseguimento à desconstrução do SUS, cujo financiamento jamais alcançou um patamar de suficiência e estabilidade, ao passo que as empresas privadas de planos de saúde sempre foram objeto de fortalecimento, por meio da destinação de incentivos financeiros contínuos. (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 14).

Com relação ao financiamento das políticas sociais tivemos o congelamento dos recursos orçamentários por meio da Emenda Constitucional - EC 95/2016 também conhecida como a emenda constitucional do teto dos gastos públicos que institui um novo regime fiscal no Brasil. A EC 95/2016 vem repercutindo no aprofundamento do subfinanciamento da política de saúde como poderemos perceber no tópico sobre o fundo público.

Como justificativa da necessidade de enfrentar o desequilíbrio fiscal a EC 95/2016 “promoveu a redução da dimensão pública do Estado e ampliou a participação do setor privado no atendimento às necessidades de saúde. Conforma-se, assim, o terreno propício para dar prosseguimento à desconstrução do SUS” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 14). A EC 95/2016 trouxe implicações também na proposta de revisão da PNAB iniciada em 2016<sup>8</sup> e publicada em 2017. Os autores Morosini e Fonseca afirmam que o processo de contrarreforma das diretrizes da PNAB,

[...] foi realizada em um período delicado visto as restrições impostas aos gastos do Estado perante as políticas públicas, tendo como representante normativo maior a Emenda Constitucional número 95/2016. (MOROSINI; FONSECA, 2017 *apud* NOGUEIRA, JUSTINO SOBRINHO, 2019, p. 28).

---

<sup>8</sup> As tendências que orientavam a revisão da PNAB 2011 já vinham sendo anunciadas, pelo menos, desde outubro de 2016, quando foi realizado o VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica, cujos indicativos para tal revisão foram publicados em um documento-síntese. Ali, já se apresentava uma perspectiva regressiva, especialmente preocupante, considerando-se a correlação de forças muito desfavorável aos que defendem a saúde como um direito universal. (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 14).

Desse modo, Liu Leal, representante do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e citada por Batalha e Lavor (2017) afirmou durante entrevista que a PNAB/2017 foi aprovada no intuito de alinhar a atenção primária em saúde com os ideários da proposta da EC 95/2016 por meio da redução dos investimentos na área da saúde e conseqüentemente na atenção primária.

Vale ressaltar que a revisão da PNAB<sup>9</sup> ocorreu sem um amplo debate sobre essa política<sup>10</sup> entre a população usuária do SUS, os profissionais de saúde, os movimentos sociais e os órgãos deliberativos. Assim, “no processo de revisão desta política o CNS não foi plenamente consultado”. A afirmação é da conselheira nacional de saúde Shirley Díaz Morales, e foi dita durante reportagem à revista *Radis comunicação em Saúde* (NOGUEIRA, JUSTINO SOBRINHO, 2019, p. 29). Sabemos que os conselhos de saúde são instâncias não apenas consultivas mais também deliberativas. Porém,

Infelizmente isso não está sendo respeitado. A revisão da Pnab, ainda em 2016, começou a ser tratada apenas na CIT<sup>11</sup> [Comissão Intergestores Tripartite]. O CNS tomou ciência da situação e levou ao pleno que havia essa discussão entre gestores, sem a participação de usuários e trabalhadores. [...] o CNS procurou ter acesso ao conteúdo do texto e discussão que ocorria dentro da CIT, para que os trabalhadores e usuários do SUS pudessem se debruçar e fazer suas contribuições, não obstante, sem grande sucesso quanto ao acesso a esse material. (BRASIL, 2017, p. 32 *apud* NOGUEIRA; JUSTINO SOBRINHO, 2019, p. 29).

Partindo das falas da conselheira podemos afirmar que a revisão da PNAB ocorreu de maneira antidemocrática. Dessa forma, o que se percebe de modo geral é que para os defensores das reformulações da PNAB, há o elemento da gestão em um momento de austeridade fiscal promovida pela Emenda Constitucional número 95/2016. Para esses, a nova PNAB traz flexibilidade e resolubilidade de problemas no território nacional (NOGUEIRA; JUSTINO SOBRINHO, 2019, p. 37).

---

<sup>9</sup> A revisão da PNAB suscitou a crítica de organizações historicamente vinculadas em defesa do SUS, a saber, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e a Escola Nacional de Saúde Pública. Em documento elaborado pelas três instituições, fez-se menção à revogação da prioridade destinada à Estratégia Saúde da Família na organização do SUS e alerta para a provável perda de recursos para outras configurações da Atenção Básica, devido ao contexto de retração do financiamento da saúde vivenciado. Demonstraram preocupação com retrocessos em relação à construção de uma APS integral, que vinha direcionando o modelo de AB baseado na ESF (ABRASCO, 2018). (*Apud* BATISTA, 2018, p. 79).

<sup>10</sup> A revisão da PNAB, pactuada na Reunião da CIT (Comissão Intergestora tripartite) composta por Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselhos Nacionais dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) em 31/08/2017. Ressalta-se que a mesma não foi analisada no Conselho Nacional de Saúde e não foi discutida junto à sociedade, restringindo esse debate a uma consulta pública por meio eletrônico, em curtíssimo espaço de tempo. (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2019, p. 4).

<sup>11</sup> Comissão Intergestores Tripartite (CIT) — instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores das três esferas de governo (União, estados, DF e municípios). (Batalha e Lavor, 2017, p. 12).

Batalha e Lavor (2017, p. 11) relatam ainda que “os defensores da proposta alegam que a revisão na Pnab vai permitir que municípios se adequem às restrições orçamentárias” e cita a justificativa do ministro da saúde na época Ricardo Barros “Vamos passar a financiar o mundo real”. Porém, “o mundo real apontado pelo Ministro, possui uma visão estritamente mercadológica, influenciada pela Emenda Constitucional nº 95, ao desenhar um cenário de menos investimentos por parte do Estado” (BATALHA; LAVOR, 2017, p. 11).

Vimos no tópico 2.3 que as EqSF vinham se expandindo ao longo dos anos, representando a abertura de novas portas de entrada do SUS espalhadas por todo o Brasil. Porém, a partir de 2017, tivemos o movimento inverso a esse crescimento como demonstrado no quadro abaixo:

Quadro 3 - Histórico do quantitativo de equipes – Atenção Básica à Saúde (2017 – 2020)

<b>Período</b>	<b>Nº de municípios com ACS</b>	<b>Nº de municípios com EqSF</b>
Dezembro 2017	5.487	5.467
Dezembro 2019	5.483	5.462
Dezembro 2020	-	-

Fonte: Elaboração Própria. Com base nos Dados do MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família – DESF tabulados pela autora. Disponível in:<  
<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml>>.

Vimos no quadro 2 que no ano de 2015 o país registrou 5.504 municípios com ACS e 5.463 municípios brasileiros com a EqSF. Fazendo um comparativo entre os dados de 2015 e 2017 percebemos que tivemos 17 (dezessete) municípios há menos com ACS em 2017. Nesse mesmo ano tivemos o aumento de 04 (quatro) municípios com EqSF porém, logo no ano de 2019 o quantitativo de EqSF voltou a diminuir, reduzindo também o quantitativo de municípios com ACS como demonstrado no quadro 3.

Não podemos afirmar que essa diminuição dos ACS e das EsSF tem alguma relação com a EC 95/2016, com a contrarreforma da PNAB publicada em 2017 e com o novo modelo de financiamento da APS, porém, coincidentemente o declínio ocorreu após a aprovação desses documentos. Com relação aos dados de 2020, ressaltamos que os mesmos não foram registrados pelo MS/Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

Ainda em 2017 foi divulgado o documento “Coalizão Saúde Brasil<sup>12</sup>: uma agenda para transformar o sistema de saúde”. O documento segundo Silva; Et. al. (2021, p. 206) propôs a construção de um novo sistema de saúde com a parceria entre o setor público e privado para formar uma rede integrada de cuidados contínuos e o setor privado ficaria sendo o principal responsável por gerir esses serviços. Tal proposta,

Trata-se de extinguir o princípio da universalidade da saúde, por meio da proposição da cobertura universal, com a manutenção do SUS e a proposição de arranjos e modelos de gestão que incorpore grupos privados para tal cobertura. Assim, não há interesse em pautar a destruição do SUS, haja vista que mesmo com tal sistema o Estado é o maior patrocinador de planos de saúde privados, significativo nicho de lucratividade do capital apesar do advento do SUS. (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2019, p. 11).

Ainda segundo as autoras, essa proposta foi ao encontro dos ideários do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial (BM) para Cobertura Universal de Saúde (CUS), “prevendo o fim da universalidade e gratuidade do SUS e a sua substituição por um sistema misto estatal-privado, assim como o favorecimento da gestão por parte das Organizações Sociais – OSs<sup>13</sup>” (SILVA; et. al, 2021, p. 206).

Morais (et. al., 2018, p. 2) afirma que por mais que as OSs são consideradas como “de não-lucratividade das entidades do “terceiro setor” não pode esconder seus claros interesses econômicos, materializados via isenções de impostos e outros subsídios estatais [...] não deixam de ser organizações privadas ditas de interesse público” contribuindo para a privatização do SUS.

A proposta da CUS portanto, é pela garantia apenas de um pacote mínimo de serviços, ficando o indivíduo como o principal responsável pelo acesso às ações e serviços de saúde onde o Estado cabe apenas em ajudá-lo, consolidando assim a desresponsabilização do poder público na efetivação e consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Desse modo, o principal beneficiado com as propostas do governo Temer para o setor saúde não foi a população usuária do SUS, mas sim o setor empresarial nacional e internacional

---

<sup>12</sup> O Coalizão saúde, como aparelho privado de hegemonia, aglutina e coordena os diferentes interesses dos grupos corporativos da área da saúde, objetivando exercer pressão sobre o Estado no sentido de um alinhamento às suas necessidades, a partir do investimento privado (CASSIMIRO, 2018, *apud* SOARES, 2020, p. 288-289).

<sup>13</sup> Ela advém das propostas de contrarreforma do Estado, idealizadas por Bresser Pereira em 1995, mas foi a partir do final dos anos 2000 que diferentes governos municipais e estaduais intensificaram sua adoção. Entende-se por “organizações sociais” as entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder, e assim ter direito à dotação orçamentária. A transformação dos serviços não-exclusivos estatais em organizações sociais se dará de forma voluntária, [...] através de um Programa Nacional de Publicização (...) as organizações sociais terão autonomia financeira e administrativa, respeitadas condições descritas em lei específica (...). (BRASIL, 1995, p. 60 *apud* ALBINO, 2018, p. 143).

e o capital financeiro que busca incansavelmente por sua valorização e expansão e encontrou nesse governo todas as possibilidades para tal. O governo posterior não fugiu a essa realidade, pelo contrário, defenderá com maior afinco a privatização da saúde e a desresponsabilização do Estado com a saúde pública.

O programa de governo de Jair Messias Bolsonaro (PSL) intitulado “O caminho da Prosperidade. Brasil acima de tudo. Deus acima de todos” ao citar a relação com o setor privado enfatizou “a defesa da privatização em geral, como forma de alcançar a eficiência econômica, bem-estar, distribuição de renda e o equilíbrio das contas públicas” (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2019, p. 6).

Desse modo, frente à defesa do fortalecimento do setor privado para a saúde, o então Ministro da Economia Paulo Guedes defendeu a criação de um voucher da saúde, uma espécie de vale ou cheque entregue pela União a população que deseja ser atendido com os serviços de saúde com um valor que não chegou a ser definido pelo Ministério da Economia. O atendimento passa a ser ofertado pelas empresas privadas, desobrigando o Estado de manter uma estrutura pública para a oferta de tais serviços. (BRAVO; PELAEZ, 2020).

A coordenadora do Programa de Saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC Ana Carolina Navarrete em entrevista para o Portal UOL relata que no sistema voucher, popularmente chamado de “bolsa-saúde” se o tratamento for muito caro e o voucher não cobrir, o problema é somente do usuário. (UOL, 2021)<sup>14</sup>.

Tal proposta induz ao fim da APS uma vez que o usuário dificilmente usaria o vale para consultas de exames de prevenção de doenças, deixando para utilizar o vale nas condições de saúde que requer maior densidade tecnológica (UPAs ou Hospitais), deixando assim de ter o acompanhamento da atenção básica ao longo da vida.

Em 2019 foi publicado o Programa Previne Brasil por meio da portaria N°. 2.979/2019 que discutimos no tópico sobre o novo modelo de financiamento e custeio da atenção primária à saúde - APS. Posteriormente foi publicado o decreto N° 10.530/2020 que determinou o seguinte:

Art. 1º Fica qualificada, no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República - PPI, a política de fomento ao setor de atenção primária à saúde, para fins de elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada para a construção, a modernização e a operação de Unidades Básicas de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (BRASIL, 2020).

---

<sup>14</sup> Entrevista disponível in:< <https://www.bol.uol.com.br/noticias/2021/05/09/voucher-da-saude-sus-privatizacao-paulo-guedes-saude-publica-plano-de-saude.htm>>.

Com o discurso de modernização das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), o decreto determinou a criação de um modelo de privatização para as unidades básicas de saúde, passando a gestão das mesmas a serem geridas pelo setor privado, “reafirmando a política de saúde como fonte de lucro para o capital” (SILVA; et., al., 2021, p. 206).

### **3 O FUNDO PÚBLICO, A EMENDA CONSTITUCIONAL - EC 95/2016 E O SUBFINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE.**

Mesmo depois da sua inserção na Constituição Federal Brasileira de 1988 como uma política de acesso universal, de direito de todos e dever do Estado, a política de saúde encontrou dificuldades financeiras para a sua implementação e consolidação como tal. Isso porque segundo Mendes (2014, p. 1193) havia um “duplo movimento em seu caminho” onde,

De um lado, o ‘princípio da construção da universalidade’, que se expressa pelo direito de cidadania às ações e aos serviços de saúde, permitindo o acesso de todos, por meio da defesa permanente de recursos financeiros seguros. De outro lado, o “princípio da contenção de gastos”, uma reação defensiva que se articula em torno da defesa da racionalidade econômica, na qual a diminuição das despesas públicas constitui instrumentos – chave para combater o déficit público, propiciado por uma política fiscal contracionista, e a manutenção de alto superávit primário em todas as esferas de atuação estatal. (MENDES, 2014, p. 1193).

Diante do embate entre esses dois movimentos antagônicos, Bravo (2006) relembra que nem todas as proposições defendidas pelo movimento de reforma sanitária foram atendidas principalmente as que confrontam os interesses empresariais como a questão do financiamento da saúde que “ficaram pouco definidas, não tendo sido estabelecido um percentual sobre os orçamentos dos quais se origina” (BRAVO, 2006, p. 105).

O artigo 198 da carta magna de 1988 determinou que o sistema único de saúde – SUS será financiado com os recursos da seguridade social, da União, Estado e municípios, porém, o orçamento direcionado para o financiamento do SUS sempre foi insuficiente.

A lei 8080/90 também não garantiu uma estabilidade no financiamento da política de saúde. Piola; et. al. (2013, p. 09-10) afirma que o SUS deveria ser financiado pela União com a alocação de 30% do orçamento da seguridade social até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), cabendo a essa lei definir o percentual a ser destinado para a política de saúde a cada ano, porém, a aplicação dos 30% do recurso da seguridade social na política de saúde segundo Piola (2013) e Mendes (2015) nunca aconteceu.

Assim, segundo Funcia (2019, p. 4406) o subfinanciamento “pode ser caracterizado pela alocação insuficiente de recursos orçamentários e financeiros tanto para cumprir plenamente os princípios constitucionais de acesso universal, integralidade e equidade, como para equiparação comparativa a outros países que adotam sistemas públicos de saúde similares ao brasileiro”. Como se pode notar, a saúde sempre esteve em constante instabilidade financeira.

Entretanto, com a Emenda Constitucional EC 29/2000 foi estabelecido um percentual mínimo de recursos das receitas das três esferas de governo a serem direcionadas para a saúde.

O percentual mínimo dos municípios é de 15% e dos Estados 12% da arrecadação de impostos para as ações e serviços públicos de saúde. Já o percentual da União é calculado pelo orçamento empenhado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Mesmo estabelecendo critério vinculatório para o financiamento da saúde, a EC 29/2000 deixou em aberto as possibilidades de reavaliação desses critérios e sua regulamentação somente foi aprovada pela Lei Complementar nº 141/2012. Piola; et. al. (2013, p. 22) ao citar os pontos positivos da EC 29/2000 destaca a definição “por meio de instrumento adequado, o que se entende por ASPS, para fins de verificação do cumprimento da emenda”. As ações e serviços públicos de saúde (ASPS) são aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam aos princípios do art. 7º da Lei nº 8.080/90, e às seguintes diretrizes:

- I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;
- II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e
- III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população. (BRASIL, 2012, s/p).

Essa definição foi bastante importante para que não houvesse mais a alocação de recursos da política de saúde em ações e serviços que não competem a essa política, dificultando assim os desvios de orçamento da mesma. Para o financiamento das políticas sociais, entre elas a política de saúde, os governos recorrem ao fundo público. Este por sua vez,

[...] envolve toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia, seja por meio das empresas públicas, da política fiscal, de arrecadação de impostos, contribuições e taxas, da mais valia socialmente produzida, ou seja, “é parte do trabalho excedente que se transformou em lucro, juro ou renda sendo apropriado pelo Estado”. (BEHRING, 2010 *apud* SALVADOR, 2012, p. 126).

Compreendemos que o fundo público é abastecido pela classe trabalhadora por meio da exploração de sua força de trabalho, logo, é a classe trabalhadora que financia as políticas sociais, entre elas a política de saúde. O fundo público também possui as suas contradições, pois no capitalismo contemporâneo ao mesmo tempo em que o fundo público é determinante para o financiamento das políticas sociais (SALVADOR, 2012), ele também exerce uma função ativa na esfera econômica, contribuindo para a manutenção e ampliação do capital, ao ponto que o capitalismo não sobreviveria sem a utilização dos recursos públicos que recebe do Estado (BEHRING, 2010).

Mascaro (2013) em entrevista para o blog da revista Boitempo complementa:

[...] o Estado não é neutro pelo contrário, ele é uma forma necessária para que a própria dinâmica de interação capitalista se estabeleça. Assim, em situações de grande crise do capital, o Estado age por fortalecer alguns grupos e frações do capital e da classe trabalhadora em face de outros. (MASCARO, 2013, s/p.).

Desse modo, quando o capital está em crise, o Estado por sua vez injeta recursos na economia, privilegiando a financeirização em detrimento das políticas sociais. O Estado também se beneficia do discurso da crise para fazer as contrarreformas e as privatizações. Com isso,

[...] o desenvolvimento de políticas sociais como lugar relevante de alocação do fundo público, vai depender, claro, da correlação de forças políticas e de elementos culturais em cada formação nacional. (BEHRING, 2004, p. 164 *apud* SALVADOR; TEIXEIRA, 2014, p. 16).

O fundo público não se reduz ao orçamento, porém, “o orçamento público é a expressão mais visível do fundo público, [...] é o que garante concretude a ação planejada do Estado e espelha as prioridades das políticas públicas que serão priorizadas pelo governo” (SALVADOR, 2012, p. 123-124). Oliveira citado por Salvador e Teixeira, complementa:

O orçamento deve ser visto como o espelho da vida política de uma sociedade, à medida que registra e revela, em sua estrutura de gastos e receitas, sobre que classe ou fração de classe recai o maior ou o menor ônus da tributação e as que mais se beneficiam com os seus gastos. (OLIVEIRA, 2009 citado por SALVADOR; TEIXEIRA, 2014, p. 17).

Desse modo, compreendemos que o orçamento público não é apenas um instrumento de planejamento e gestão, ele também é usado para controlar e direcionar os gastos públicos e a escolha da fonte dos recursos para financiar esses gastos não é uma decisão de cunho apenas econômica, mas também política já que reflete a correlação de forças e os interesses das classes sociais. Dito isso, e por compreender a importância do orçamento para a efetivação das políticas sociais, apresentaremos as prioridades do Estado na alocação dos recursos orçamentários da União e a situação da política de saúde nesse processo.

O orçamento público brasileiro voltado para custear as políticas sociais vem sendo constantemente atacado. Com a aprovação da Emenda Constitucional - EC 95/2016<sup>15</sup> também

---

<sup>15</sup> Emenda à Constituição (EC) nº 95/2016, que alterou os arts. nº 102 a nº 105 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da Constituição Federal de 1988, para instituir um novo regime fiscal. Ela foi aprovada inicialmente na Câmara dos Deputados, no dia 26 de outubro de 2016, como a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 241 e, posteriormente, no Senado Federal, no dia 13 de dezembro de 2016, como PEC nº 55. (ROCHA; MACÁRIO, 2016, p. 446-447).

conhecida como a emenda constitucional do teto dos gastos públicos, institui-se um novo regime fiscal no Brasil, refletindo na desvinculação de orçamento para as políticas sociais no período de 20 anos, entre elas a política de saúde.

Sustentado pelo discurso de que o país está em uma crise financeira e que é necessário fazer mais um ajuste fiscal, o governo de Michel Temer implementou uma medida de austeridade severa por meio da EC 95/2016<sup>16</sup> que passou a ser considerada por seus defensores como o único meio de recuperar a economia do país por meio da alteração das leis que regem as contas públicas.

A abrangência desta Emenda Constitucional alcança todos os Poderes da União e os órgãos federais com autonomia administrativa e financeira, integrantes do Orçamento Fiscal e da seguridade social. A ideia é limitar os gastos das despesas primárias de um exercício ao valor do ano anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Este novo regime fiscal terá duração de 20 anos, contados a partir de 2017, com a possibilidade de alteração, pelo Executivo, no método de correção dos limites a partir do 10º exercício de vigência. (ROCHA; MACÁRIO, 2016, p. 447).

Os autores supracitados ressaltam ainda que o governo faz dois tipos de gastos sendo eles: os gastos primários que incluem o financiamento das políticas de previdência, assistência social, saúde entre outras e o gasto com o pagamento dos juros e amortização da dívida pública. Vale ressaltar que esse último ficou fora do “teto” de gastos, já as despesas com as políticas sociais são consideradas como variáveis de ajuste (ROCHA; MACÁRIO, 2016).

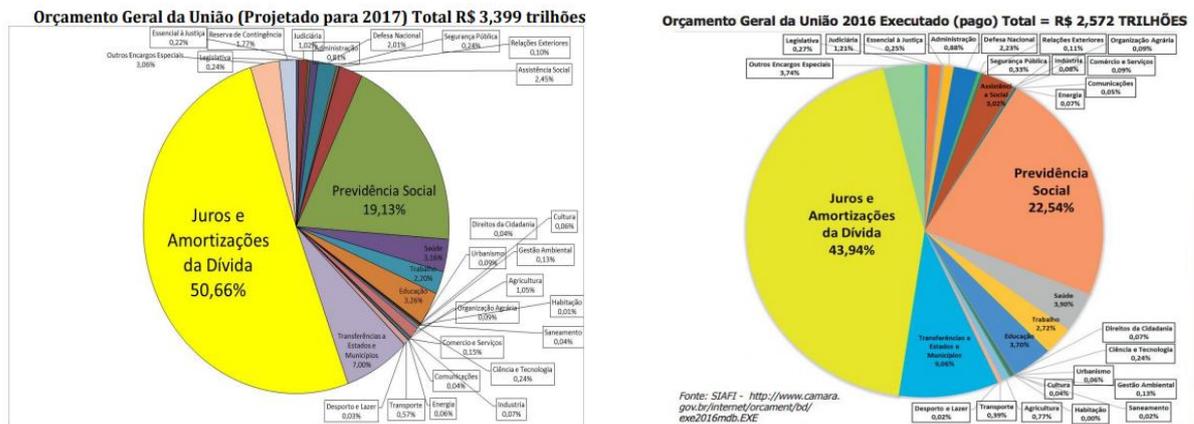
Desse modo, concordamos com Salvador (2012, p. 123) quando afirma que o orçamento é “um espaço de luta política, com as diferentes forças da sociedade buscando inserir seus interesses”. O autor complementa afirmando que “no capitalismo contemporâneo, o fundo público é responsável por uma transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro” (SALVADOR, 2012, p. 126). Assim, com os ataques neoliberais, os recursos da União que deveriam ser destinados para as políticas que compõe a seguridade social Brasileira acabam sendo destinados para o pagamento de juros e amortização da dívida pública como uma verdadeira contrarreforma do Estado.

Segundo o relatório específico de Auditoria Cidadã da Dívida<sup>17</sup>, em 2015 foram destinados 42,43% do Orçamento Geral da União para o pagamento da dívida pública, enquanto que o investimento nas três políticas que integram a seguridade social neste mesmo ano ficou

<sup>16</sup> Para Mendes (et, al., 2018, p. 225) a emenda constitucional – EC 95/2016 é “uma das maiores medidas de austeridade – corte drástico dos gastos públicos para alcançar um equilíbrio fiscal – defendida pelo capital portador de juros (capital financeiro) [...]”.

<sup>17</sup> A Auditoria Cidadã da Dívida esclarece que utiliza única e exclusivamente dados oficiais para elaborar o referido gráfico, constantes do SIAFI, elaborado pelo Tesouro Nacional e divulgado pelo Senado Federal.

no total de 29,98%. Nos anos seguintes persistiram as exigências de elevados montantes de recursos públicos para o pagamento dos juros e amortização da dívida pública como demonstra os gráficos elaborados pela Auditoria Cidadã da Dívida.



Fonte: Relatório Específico de Auditoria Cidadã da Dívida N° 1/2017.

Em 2016 foram destinados 29,46% do Orçamento Geral da União para as políticas de previdência, assistência e saúde juntas, representando 14,48% a menos do valor destinado para o pagamento da dívida pública que chegou a 43,94% neste mesmo ano.

No governo de Michel Temer, em 2017 a EC 95 entrou em vigor e a disparidade de financiamento para o pagamento dos juros e amortização da dívida pública ficou ainda mais evidenciada, sendo que mais da metade do Orçamento Geral da União foi destinado para esse fim, chegando a 50,66%. Já os recursos para as políticas de previdência, assistência social e saúde juntas ficaram em 24,74%. Fazendo um comparativo entre os gráficos de 2016 e 2017, o orçamento destinado para as três políticas que integram a seguridade social em 2017, reduziu 4,72% do orçamento do ano anterior. Já o destinado para o pagamento da dívida pública aumentou 6,72% em 2017.

Assim, compreendemos que o financiamento para a realização dos serviços ofertados pelo SUS de maneira universal, igualitário e com qualidade nos serviços prestados não vem sendo priorizado. Segundo o relatório específico de Auditoria Cidadã da Dívida, em 2018 o orçamento federal destinado para as políticas de previdência, assistência social e saúde somaram 31,83% enquanto que o destinado ao pagamento de juros e amortização da dívida pública foi de 40,66%. No ano seguinte o montante de recurso público para o pagamento da dívida, representou 38,27% e o somatório das políticas que compõem a seguridade social foi de 32,88% como podemos observar nos gráficos abaixo:



Assim, de maneira assustadora as falácias da burguesia voltadas para o pagamento dos juros e amortização da dívida pública e para a privatização da saúde vêm se sobressaindo sobre os discursos da classe trabalhadora voltada para o investimento nas políticas sociais. Quando nos referimos ao orçamento geral da União destinado apenas para a política de saúde nos últimos 04 (quatro) anos temos os seguintes dados, com base no quadro abaixo.

Quadro 4 - Percentual do Orçamento Geral da União destinado à política de saúde entre os anos de 2016 a 2019 em %.

<b>Fonte de recursos: Orçamento Geral da União</b>			
<b>Ano</b>	<b>Percentual em %</b>	<b>Ano</b>	<b>Percentual em %</b>
2016	3,90%	2018	4,09%
2017	3,16%	2019	4,21%

Fonte: Dados do Relatório Específico de Auditoria Cidadã da Dívida tabulados pela autora.

De 2016 para 2017 a queda no investimento do recurso da União para a política de saúde representou 0,74%. Já entre os anos de 2017 e 2018 esse investimento teve um leve crescimento de 0,93% e entre 2018 e 2019 mais 0,12%. O aumento do orçamento para a política de saúde se faz necessário tendo em vista o sucateamento do SUS. Entretanto, esse aumento está bem aquém ao montante de recursos que precisamos para viabilizar uma saúde pública, universal, igualitária e com qualidade nos serviços prestados<sup>18</sup>. Mendes (2013) reforça que para conseguirmos acabar com o subfinanciamento estrutural do SUS,

é necessário defender a rejeição da política econômica conhecida como o famoso tripé econômico – juros altos/metras de inflação, superávit primário e câmbio flutuante – que restringe a possibilidade de gastos públicos, mesmo os sociais, incluindo a saúde. (MENDES, 2013, p. 15).

O autor reforça ainda que a estratégica deve ser defender a mudança dessa política econômica que prioriza o pagamento de juros da dívida pública e reivindicar por uma auditoria dessa dívida. Mendes (et, al., 2018, p. 225) afirma que na saúde a emenda constitucional – EC 95/2016 “levará a um aniquilamento das tentativas de construção de nosso sistema universal, e especialmente de sua atenção primária” já que as secretarias municipais de saúde também sentirão os efeitos da limitação financeira imposta pela EC 95/2016.

<sup>18</sup> O autor Evilásio Salvador em sua fala durante a live “Disputa do fundo público em tempos de pandemia” realizada durante a semana acadêmica em comemoração aos 10 anos do curso de Serviço Social da Universidade Estadual do Tocantins – UNITINS afirmou que “entre 2016 a 2019 o investimento na política de saúde teve uma evolução insignificante, quase paralisado” o que agravou ainda mais o sucateamento do SUS.

### 3.1 O financiamento da APS

A normatização da atenção básica veio em 1996 por meio da Norma Operacional Básica (NOB/96) que introduziu o Piso da Atenção Básica (PAB). O PAB segundo Bodstein (2002) foi fundamental para a implantação da atenção básica, pois trouxe como principal novidade a transferência regular e automática de recursos do governo federal para os municípios investirem na rede básica de saúde, promovendo assim a descentralização financeira do sistema de saúde. Segundo Vasconcellos:

O piso da atenção básica era definido de duas maneiras: PAB fixo, valor repassado de acordo com um per capita nacional multiplicado pela população de cada município, e PAB variável, incentivos repassados para o financiamento de ações e programas desenvolvidos na atenção básica. (VASCONCELLOS, 2013, p. 40).

O PAB fixo é repassado pela União aos municípios para custear as ações da política de atenção primária e o valor repassado se baseia no per capita nacional como já afirmado por Vasconcellos (2013). Já o PAB variável é um incentivo voltado para a implementação dos programas definidos pelo Ministério da Saúde. Esses recursos são transferidos na modalidade fundo a fundo, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde (MENDES, 2014).

A autora também afirma que com o piso da atenção básica os municípios “passaram a receber repasses automáticos para investir naqueles procedimentos definidos como prioritários e fundamentais para desenvolver ações de prevenção de doenças e promoção da saúde” (VASCONCELLOS, 2013, p. 40). Entre as ações prioritárias estavam as consultas médicas e odontológicas, os exames de pré-natal, a vacina e a vigilância sanitária. O grande problema desse modelo de financiamento é que ao optar pela realização dos serviços considerados como prioritários, a atenção primária acaba se restringindo a uma concepção de atenção seletiva e focalizada.

A norma operacional da assistência à saúde – NOAS 01/2001 incluiu no financiamento da atenção básica o piso de atenção básica ampliado – PAB-A, definindo que os programas voltados para “o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal” (BRASIL, NOAS 01/2001) devem ser prioritariamente ofertados por meio do recebimento do financiamento ampliado, aumentando assim as responsabilidades dos municípios no desenvolvimento dos serviços de atenção básica.

Com a implantação do pacto pela saúde em 2006, mesmo ano em que foi publicada a primeira PNAB, houve uma regulamentação do financiamento das ações e serviços de saúde por meio da Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007 com a criação dos blocos de financiamento. Assim, foram criados os seguintes blocos: I - Atenção Básica; II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III - Vigilância em Saúde; IV - Assistência Farmacêutica; V - Gestão do SUS. (BRASIL, 2007). Em 2009 foi incluído ainda pela Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009, do Ministério da Saúde - MS o bloco VI - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (BRASIL, 2009).

Com os blocos de financiamento os recursos devem ser aplicados nas ações e serviços que estão relacionados ao próprio bloco (BRASIL, 2007). Vasconcelos (2013) citada por Batista (2018, p. 83) relata que mesmo com as transferências dos recursos municipais por meio dos seis blocos de financiamento, os repasses federais para a financiamento da APS sempre foram insuficientes para sustentar a ESF, refletindo o subfinanciamento da política de saúde.

A transferência dos recursos financeiros aos municípios para o custeio das ações e serviços da APS são efetuadas em contas específicas, com a transferência de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde para facilitar o acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde.

Com a aprovação da EC-95/2016, o repasse fundo a fundo permaneceu, mas o MS propôs uma nova forma de financiamento da saúde pela Portaria nº 3.992/2017 que alterou a modalidades de transferência de recursos federais do SUS nos moldes dos seis blocos de financiamento, para apenas duas formas de repasse: I – Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; II- Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (BRASIL, 2017). Para melhor entendimento veja o quadro a seguir:

Quadro 5 - Os Blocos de financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS.

PORTARIA N 3.992, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2017.	<b>BLOCO DE CUSTEIO</b>
	<p>I - à manutenção da prestação das ações e serviços públicos de saúde; e</p> <p>II - ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços públicos de saúde.</p> <p>Parágrafo único. Fica vedada a utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Custeio para o pagamento de:</p>

	<p>II - servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde;</p> <p>III - gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde;</p>
	<p style="text-align: center;"><b>BLOCO DE INVESTIMENTO</b></p> <p>I - aquisição de equipamentos voltados para a realização de ações e serviços públicos de saúde;</p> <p>II - obras de construções novas utilizadas para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e</p> <p>II - obras de reforma e/ou adequações de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde.</p>

Fonte: MS/Portaria nº 3.992/2017.

Assim, as contas para o recebimento dos recursos federais ficaram reduzidas a somente 02. Virgens (2017) ao explicar sobre as alterações dos blocos de financiamento afirma que as suas consequências,

dependerão das forças que irão atuar politicamente para definir as prioridades no planejamento da saúde em municípios e estados. Uma das grandes preocupações é que o já escasso recurso destinado à atenção básica e à vigilância em saúde seja direcionado para a média e alta complexidade, deixando de lado medidas de promoção da saúde e prevenção e direcionando o foco para o tratamento das doenças. (VIRGENS, 2017, s/p).

A autora, ainda, nos remete para a importância dos conselhos municipais e estaduais de saúde como instâncias de controle social democrático estarem fortalecidos com a participação de representantes da sociedade civil organizada, capazes de apresentar as demandas da população e junto aos demais conselheiros e gestores municipais e estaduais definirem as prioridades de saúde que de fato possibilite a superação de tais demandas. Com relação à fiscalização desses recursos Barros faz uma alerta ao afirmar que:

[...] a unificação das contas para recebimento do financiamento proveniente do MS tornará complexa a fiscalização pelos órgãos de controle, tais como as Auditorias Externas, Internas e por parte dos Tribunais de Contas e de controle social. A junção das contas permite aos gestores o uso do recurso da conta única para o pagamento de fornecedores diferentes, mesmo que os materiais adquiridos sejam exclusivos para um determinado serviço.

Anteriormente o gestor não poderia utilizar o recurso da Vigilância para amortizar notas referentes à manutenção do Hospital. Com o novo método essa ação será possível, de modo que se tornará inexecutível para os referidos órgãos de controle a conferência desse tipo de procedimento.

O autor supracitado explica que, conforme o recebimento por meio dos seis blocos de financiamento, ao visualizar o extrato das contas era possível verificar, por exemplo, que foi debitada a quantia de R\$ 10.000,00 da conta da atenção básica para o pagamento proveniente da aquisição de material da AB. E com a junção das contas, obter-se-á apenas um extrato bancário da conta única do custeio referindo, por exemplo, que fora gasto os R\$ 10.000,00 com material de expediente, desse modo, apenas será possível a monitorização por parte dos órgãos de controle, se estes vistoriarem a chegada daquele valor em material de consumo na própria UBS. (BARROS, 2018 *apud* BATISTA, 2018, p. 81).

Assim, os conselhos e demais órgãos de fiscalização poderão encontrar maiores dificuldades em acompanhar o gasto dos recursos recebidos pela atenção básica de maneira fidedigna já que com a redução dos seis blocos para apenas dois os recursos dos programas e ações tendem a ficar em uma mesma conta, dificultando a compreensão das movimentações financeiras aprovadas pelas gestões municipais.

O que poderia ter sido uma possibilidade de discutir maneiras para conseguir maiores investimentos para a política de saúde ocorreu em um momento de contenção de investimentos nas políticas sociais imposta pela EC 95/2016, repercutindo no desfinanciamento do SUS e na modificação do repasse dos recursos do SUS. Em 2020 com a aprovação do Programa Previnde Brasil pelo governo federal, as principais alterações no modelo de financiamento e custeio da APS está nos recursos provenientes do bloco de custeio, o qual discutiremos no nosso próximo item.

## 4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.

### 4.1 A nova PNAB e o aprofundamento da privatização da APS: De Temer a Bolsonaro.

A nova PNAB foi aprovada em 2017 durante o governo Temer (MDB) e suas mudanças mais expressivas estão na formação da equipe de saúde que compõe a Estratégia de Saúde da Família – ESF. Durante o governo de Jair Messias Bolsonaro (Sem Partido) tivemos a publicação do Programa Previne Brasil com o novo modelo de financiamento e custeio da atenção primária em saúde no âmbito do SUS. Dito isso apresentamos a análise dos dados, bem como, os ataques da nova PNAB aos princípios do SUS e da própria APS. Vale mencionar que as análises direcionam para as principais alterações ocorridas na ESF por meio da aprovação da PNAB de 2017 ao se comparar com a PNAB anterior de 2011.

### 4.2 As mudanças na organização da equipe do ESF

Mesmo afirmando que a ESF ainda é estratégia prioritária para a expansão e consolidação da atenção primária em saúde no Brasil, a PNAB/2017<sup>19</sup> reconhece outras formas de organização desse nível de atenção por meio da atenção básica tradicional. A equipe da atenção básica tradicional – eAB é formada por uma equipe mínima de profissionais (médicos, enfermeiro, auxiliares ou técnicos de enfermagem). Já os profissionais de saúde: dentista, auxiliar ou técnico bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias **não são obrigatórios** na formação da equipe, desconsiderando os avanços obtidos ao longo dos anos por meio da equipe multiprofissional da ESF.

---

<sup>19</sup> A revisão da PNAB suscitou a crítica de organizações historicamente vinculadas em defesa do SUS, a saber, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e a Escola Nacional de Saúde Pública. Em documento elaborado pelas três instituições, fez-se menção à revogação da prioridade destinada à Estratégia Saúde da Família na organização do SUS e alerta para a provável perda de recursos para outras configurações da Atenção Básica, devido ao contexto de retração do financiamento da saúde vivenciado. Demonstraram preocupação com retrocessos em relação à construção de uma APS integral, que vinha direcionando o modelo de AB baseado na ESF (ABRASCO, 2018). (*apud* BATISTA, 2018, p. 79).

Quadro 6 - Síntese comparativa dos aspectos organizativos e funcionais nas edições da PNAB/2011 e PNAB/2017.

<b>Aspectos organizativos e funcionais das equipas e unidades de saúde</b>	
<p><b>PNAB 2011</b></p> <p>PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011.</p>	<p>A PNAB/2011 faz a recomendação de 3.000 pessoas por equipa de saúde da família (como média recomendada) Indicava apenas o limite máximo de 4.000/equipa, sem indicar o limite mínimo.</p> <p><b>O número mínimo de ACS por EqSF é de 4 e o máximo é de 12 ACSs, com o máximo de 750 pessoas por ACS.</b></p> <p><b>Não previa atividades do ACE.</b></p> <p><b>Não previa equipa de atenção básica tradicional.</b></p>
<p><b>PNAB 2017</b></p> <p>PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.</p>	<p><b>A PNAB 2017 reconhece outras formas de organização da AB para além da Estratégia Saúde da Família - ESF.</b></p> <p>O número recomendado de pessoas por EqSF passa a ser a faixa de 2.000-3.500 pessoas.</p> <p><b>O número mínimo de ACS por EqSF não está definido nesta PNAB, passando, portanto, a ser de 1 ACS/equipa.</b></p> <p><b>Recomenda-se que os ACS devem atender 100% da população usuária do SUS em condições de maior risco e vulnerabilidade e não mais 100% da população da EqSF.</b> A PNAB manteve o quantitativo de 750 pessoas por ACS como na versão anterior.</p> <p>As Equipas de Saúde Bucal podem cobrir as unidades básicas tradicionais (dependendo do interesse do gestor municipal).</p>

Fonte: BRASIL, MS/Portarias nº 2.488/2011 e nº 2.436/2017. Dados tabulados pela autora.

A PNAB em vigor não estabelece a quantidade de agentes comunitários de saúde – ACS por cada equipa de saúde da família – EqSF e ainda propôs uma unificação das atribuições desses profissionais com as atribuições dos agentes de combate às endemias – ACE.

Como o quantitativo dos ACS por equipa não foi definido na PNAB atual, seu mínimo, portanto, passa a ser 01 o que nos faz perceber que esses profissionais deixaram de ser reconhecidos como essenciais na equipa da ESF. No entanto, a mudança não é obrigatória, podendo ser mantido o quantitativo de ACS da PNAB anterior.

Se isso for uma decisão por convicção do gestor ou decorrente das negociações e pressões envolvendo atores locais. Contudo, isso parece menos provável de acontecer no cenário atual. A existência de novo financiamento para outro tipo formato de AB, entretanto, pode induzi-lo, a depender dos valores de repasse e da situação local, gerando não só diminuição de ACS como também estagnação ou mesmo diminuição da cobertura da ESF. (MELO; et. al., 2018, p. 47).

Morosini e Fonseca (2017) destacam ainda que ao excluir ou diminuir o quantitativo de ACS da Equipe de saúde da família – EqSF, a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/2017 coloca em risco a prestação de uma assistência integrada à saúde da população. Isso porque os ACS são essenciais para que a população usuária do SUS estabeleça um elo com a unidade de saúde e a diminuição desses profissionais acarretará na perda de vínculo entre comunidade e profissionais de saúde (MOROSINI; FONSECA, 2017). No que se refere às atribuições dos agentes comunitários de saúde (ACS) com os agentes de combate a endemias (ACE), a PNAB em vigor priorizou pela unificação veja:

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas. (BRASIL, 2017).

Assim, a PNAB atual estabeleceu 11 (onze) atribuições comuns do ACS e ACE. Morosini e Fonseca (2017) afirma que essa junção de atribuições irá descaracterizar as funções dos ACS além de deixá-los sobrecarregados já que houve uma abertura para a redução do seu quantitativo na PNAB/2017. Na análise das autoras:

A proposta de fusão de ACS e ACE em um único profissional [...], parece atender também a essa lógica dos “mínimos”. Sob o argumento da integração entre a atenção e a vigilância, essa proposta oculta o que seria, possivelmente, seu propósito central: o corte de custos pela diminuição de postos de trabalho e a intensificação do trabalho dos ACS e ACE que permanecerem em atividade. (MOROSINI; FONSECA, 2017, p. 2).

As autoras supracitadas afirmam que um dos motivos que levaram para a junção das atribuições dos ACS e dos ACE pode estar alinhada com a busca de um “reequilíbrio” do orçamento público, por meio do corte dos recursos voltados para o pagamento de profissionais que trabalham na política de saúde, levando à redução de algumas categorias profissionais como as dos ACS. O texto da PNAB/2017 incluiu ainda algumas atividades dos técnicos e auxiliares de Enfermagem no rol de atividades dos ACS veja:

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível

superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III - aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa [...]. (BRASIL, 2017).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) se posicionou contra essa proposta e afirmou que os ACS e os técnicos de Enfermagem têm atribuições específicas, essenciais em muitas localidades atendidas pela ESF e que tal medida inserida na PNAB/2017 promoverá a descaracterização dessas atribuições, além de promover na população usuária uma insegurança quanto a essas atividades desempenhadas pelos ACS e sua supervisão. O COFEN afirma ainda que o cargo de ACS não exige a conclusão do ensino fundamental e/ou médio e que as principais atribuições desses profissionais são atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, a partir da educação popular em saúde o que pode se perder com a inclusão das novas atividades aprovadas na PNAB em vigor.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) não considerou esse posicionamento do COFEN e em 2018 propôs ainda um curso técnico em Enfermagem para os ACS e ACE por meio do Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde – PROFAGS. O objetivo com a realização desse curso para os ACS e ACE é que paulatinamente esses profissionais passem a desempenhar todas as atribuições dos técnicos e auxiliares de Enfermagem, podendo essa categoria profissional em um futuro próximo serem excluídos dos profissionais que compõe a Equipe de Saúde da Família (EqSF). Vale mencionar que a primeira estratégia do governo foi repassar para os técnicos e auxiliares de Enfermagem as atribuições dos ACS e como não obteve êxito em sua proposta conseguiu o que queria pelo caminho inverso. Com relação à cobertura do atendimento populacional pelos ACSs e pela EqSF temos as seguintes redações:

II - o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. (BRASIL, 2011).

O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.

Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS. (BRASIL, 2017).

Diante da redação apresentada pela PNAB em vigor, compreendemos que os agentes comunitários de saúde devem atender uma cobertura de 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade e não mais o quantitativo total da população que é atendida pela EqSF como era na PNAB de 2011. Assim, a partir da PNAB/2017 compreendemos que se houver uma EqSF com 2.000-3.500 pessoas vinculadas e entre essas 750 pessoas forem consideradas em situação de vulnerabilidade socioeconômica, vivendo em região de risco epidemiológico a EqSF poderá desenvolver suas ações com apenas 01 (um) ACS já que a nova PNAB não estabeleceu a quantidade mínima desse profissional e restringiu a sua ação para os usuários mais vulneráveis.

Essas mudanças na formação da equipe de saúde da família estabelecida pela PNAB 2017 deixa transparecer que o interesse de seus defensores é por uma equipe mínima de profissionais, reduzindo os gastos com os recursos humanos e com a ampliação dos serviços de saúde, atendendo 100% somente a população usuária do SUS em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica e epidemiológica. Essa tentativa de reduzir o atendimento aos usuários mais necessitados representa uma ameaça aos princípios da universalidade, igualdade e integralidade do sistema único de saúde – SUS e da própria política nacional de atenção básica – PNAB, prevalecendo assim uma universalização excludente bem como uma atenção primária seletiva e fragmentada.

### **4.3 O Programa Previne Brasil e suas alterações no modelo de financiamento e custeio da APS**

Vimos anteriormente que o financiamento da atenção básica se pautava pelo piso da atenção básica – PAB, transferido do Fundo Nacional de Saúde aos municípios. O piso é composto entre fixo e variável. O valor do piso fixo varia entre R\$23,00 a R\$ 28,00 por habitantes (MENDES; et. al., 2018) e cobria todos os municípios brasileiros. Já o piso variável ocorre por meio de incentivo financeiro, assim, o governo federal estabelece a implementação de Equipe de Saúde da Família para o seu recebimento. Ao inserir o agente comunitário de saúde – ACS nas equipes de saúde da família o município recebe mais recursos, o mesmo ocorre

ao inserir os profissionais de saúde bucal. Ou seja, o repasse de recursos do piso variável aos municípios está condicionado à adesão dos programas federais pelos gestores municipais.

Com o novo modelo de financiamento da atenção primária à saúde, estabelecido pelo Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 no governo de Jair Messias Bolsonaro (sem partido), “extingue o piso da atenção básica fixo (PAB fixo), eliminando o único mecanismo de repasse de recursos per capita”, ou seja, com base populacional (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p. 6).

As autoras relatam ainda que o PAB fixo representava para muitos municípios brasileiros a principal garantia para a organização do SUS local e que essa desvinculação de recursos representará um grande risco para a manutenção dos sistemas de saúde locais. Complementa afirmando que “ainda que o valor do PAB fixo estivesse defasado, sua manutenção representa alguma garantia de continuidade de recursos para a organização da atenção básica” (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p. 9).

Com o Programa Previne Brasil o repasse de recursos do governo federal para a APS passa a ser orientado com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e o incentivo para ações estratégicas. Esses critérios são para o recebimento municipal dos recursos que fazem parte do bloco de custeio das ações e serviços públicos de saúde, bloco esse que teve as principais alterações e que apresentaremos a seguir.

Sobre as ações estratégicas Mendes; et. al. (2018, p. 238) afirma que “a lógica dos incentivos financeiros, como base de cálculo dos valores do PAB variável, permanece intocável. Ainda, cabe dizer que, com a introdução da PNAB 2017, essa lógica foi ainda ampliada”. O incentivo para ações estratégicas permaneceu vinculado à ideia de implementação dos programas e estratégias do MS pelos gestores municipais de acordo com a necessidade de cada município. Os programas e as estratégias são:

I - Programa Saúde na Hora; II- Equipe de Saúde Bucal (eSB); III - Unidade Odontológica Móvel (UOM); IV - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); V - Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD); VI - Equipe de Consultório na Rua (eCR); VII - Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF); VIII - Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR); IX - Microscopista; X - Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP); XI - Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade; XII - Programa Saúde na Escola (PSE); XIII - Programa Academia da Saúde; XIV- Programas de apoio à informatização da APS; XV - Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional; XVI - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e XVII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico. (BRASIL, 2019).

O objetivo dos programas segundo o MS é melhorar o cuidado na atenção primária e fortalecer a RAS. Esses programas são criados pelo Ministério da Saúde e os municípios e de acordo com a sua realidade local decide por aderir ou não a tais programas. Quanto ao pagamento por desempenho, este, como o próprio nome sugere, considera para o cálculo do repasse de seus recursos o alcance das metas e dos indicadores de saúde e não a necessidades em saúde, conforme texto da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019:

Para definição do valor a ser transferido neste componente, serão considerados os resultados alcançados em um conjunto de indicadores que serão monitorados e avaliados no trabalho das equipes (eSF/eAP).

Esse modelo tem como vantagem o aumento, no registro, das informações e da qualidade dos dados produzidos nas equipes. É importante, portanto, que as equipes se organizem para registrar e enviar periodicamente seus dados e informações de produção, por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), bem como para planejar o processo de trabalho para melhorar o desempenho. (BRASIL, 2019).

O monitoramento dos indicadores segundo o MS: “permite a avaliação do acesso, da qualidade e da resolutividade dos serviços prestados pelas EqSF e pela eAP, e ainda a implementação de medidas de aprimoramento das ações no âmbito da APS, dando mais transparência aos investimentos na área da saúde para a sociedade” (BRASIL, 2019). Na captação ponderada, os recursos serão repassados ao quantitativo de pessoas que estiverem cadastradas na equipe Estratégia Saúde da Família – ESF ou na equipe de Atenção Primária – eAP e não mais pelo quantitativo total da população per capita por município:

Art. 10. O cálculo para a definição dos incentivos financeiros da captação ponderada deverá considerar: I - a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); II - a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eSF e na eAP; III - o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na eSF e na eAP; e IV - classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (BRASIL, 2019).

Além das famílias cadastradas sob a responsabilidade das EqSF ou eAB, a vulnerabilidade socioeconômica e o perfil demográfico por faixa etária assim como a classificação geográfica (rural – urbana) definida pelo IBGE servirão como fatores de ajuste para a definição do repasse de recursos. Ainda segundo a Portaria 2.979/2019 o critério de vulnerabilidade social contempla pessoas cadastradas beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), do Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou de benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos (BRASIL, 2019). Esse critério de pontuação para o repasse de

recursos fere os princípios da universalidade e da igualdade no acesso ao SUS ao reconhecer a atenção primária como uma política de saúde focalizada nos mais vulneráveis.

A tendência é que estas medidas corroborem com a desconstrução do SUS através da limitação de recursos e mudança de um modelo assistencial para um modelo de saúde hospitalocêntrico dicotômico ao modelo de Atenção à Saúde vigente. Nitidamente as mudanças realizadas, nos últimos tempos, revelam um descompromisso com a Saúde Pública [...]. (FERREIRA; LADEIA, 2018, p. 693).

Vale questionar qual a concepção de APS está sendo considerada para o processo de financiamento, tendo em vista que a APS como proposta pelo movimento de reforma sanitária e no âmbito do SUS é compreendida em sua concepção ampliada, assim, é necessário um financiamento que seja compatível com essa percepção. Contudo, o que vem prevalecendo é uma percepção de APS seletiva e focalizada, voltada para o mercado, refletindo na limitação do seu financiamento. Assim, “a PNAB atual induz o sucateamento do SUS e o seu desfinanciamento, reduzindo a importância da atenção básica” (MOROSINI; FONSECA, 2017).

A portaria GM/MS nº 985 prorrogou até agosto de 2021, as regras para transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da APS, no âmbito do Programa Previne Brasil de modo que os municípios possam se adequarem ao novo modelo. Assim, ainda não é possível identificarmos por meio de dados estatísticos os impactos nos repasses de recursos com esse novo modelo de financiamento nos municípios brasileiros. Por outro lado, sabemos que a diminuição dos recursos por meio da EC/95 e do Programa Previne Brasil afetará nos investimentos da política de atenção básica e que a classe trabalhadora será mais uma vez a mais prejudicada.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais não tem o intuito de trazer conclusões definitivas em torno da nova PNAB/2017 e suas implicações nos princípios do SUS bem como o novo modelo de financiamento da APS proposto pelo programa previne Brasil tendo em vista que “Pesquisar constitui uma atitude e uma prática teórica de constante busca e, por isso, tem a característica do acabado provisório e do inacabado permanente” (MINAYO, 2008, p. 47).

Deste modo, o que pretendemos é apresentar algumas observações diante dos dados obtidos e indicar algumas possibilidades para o fortalecimento da política de saúde como uma política totalmente Estatal, universal, gratuita e com qualidade nas ações e serviços prestados.

Constata-se que, mesmo a política de saúde sendo um direito de todos assegurado pela Constituição Federal de 1988 e reafirmado na Lei Orgânica da saúde, a referida política em âmbito nacional e municipal encontra-se fragilizada com as ameaças do capitalismo contemporâneo e as constantes contrarreformas ocorridas, voltadas para a privatização e sucateamento do SUS.

A atenção básica vem sendo permeada pelas diferentes concepções de atenção primária à saúde e a PNAB/2017 deixa transparecer que a percepção que está se destacando é uma atenção primária seletiva e focalizada, pois restringe o seu atendimento para a população em situação de maior risco epidemiológico e vulnerabilidade socioeconômica.

Com relação ao Programa Previne Brasil que institui o novo modelo de financiamento e custeio da APS, este foi aprovado para que o financiamento da atenção primária seguisse os ditames da Emenda Constitucional – EC 95/2016 tendo em vista que essa emenda congelou os investimentos públicos com saúde pelos próximos 20 anos, o que vem acarretando no desfinanciamento do SUS e na impossibilidade de ofertar um atendimento universal, com qualidade e integralidade. Assim, a saída aprovada pelo governo Bolsonaro foi reduzir os repasse de recursos por meio do previne Brasil com a criação dos critérios de financiamento da APS voltados para os mais vulneráveis, atacando assim, os princípios da universalidade e da igualdade no acesso às ações e serviços do SUS e da integralidade no atendimento.

A EC 95/2016 e o Programa Previne Brasil evidenciam que a prioridade do governo não é com a política de saúde, mas sim com o pagamento de juros e amortização da dívida pública. Assim, não há por parte do estado uma alocação de recursos para a atenção primária à saúde – APS de modo que essa política venha a se fortalecer como porta de entrada do SUS e se consolidar em sua percepção ampliada, pois sem financiamento estatal não há políticas públicas.

Diante do avanço do neoliberalismo e do fortalecimento do projeto privatista para a saúde, a efetivação dos princípios do SUS proposto pelo movimento de reforma sanitária se apresenta como um desafio aos profissionais de saúde, movimentos sociais e população usuária, pois, com o corte de verbas que eram destinadas a política de saúde em favorecimento da acumulação do capital, os municípios com recursos reduzidos ficam limitados para ofertar as ações e os serviços de saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, acarretando no agravamento das expressões da questão social.

A PNAB em vigor também expressa através da redução dos ACS e da equipe de atenção básica – eAB tradicional em detrimento da equipe multiprofissional da estratégia de saúde da família – EqSF que a intenção dessa contrarreforma é reduzir os investimentos nesse setor por meio de uma equipe mínima de profissionais, enfraquecendo o princípio da integralidade no atendimento à população usuária do SUS.

Vimos que o gestor municipal pode manter o quantitativo de ACSs por EqSF caso compreenda a necessidade dos mesmos. Desse modo, ressaltamos a importância do Assistente Social participar das reuniões de planejamento e gestão, bem como, junto com os representantes da sociedade civil discutirem no conselho municipal de saúde a importância desses profissionais na composição da EqSF e para a integralidade do cuidado das famílias acompanhadas pela equipe. Assim como, a necessidade do gestor local continuar com as equipes do ESF e não substituir as mesmas pela atenção primária tradicional, fazendo compreender que tal decisão é um verdadeiro retrocesso para a sociedade.

Com o fortalecimento do projeto neoliberal, voltado para a restrição do sistema universal e para a ampliação da mercantilização dos serviços de saúde, é cada vez mais necessária criar estratégias que viabilizem a efetivação do direito à saúde e acreditamos que a consolidação do SUS depende também de um novo projeto societário onde o Estado realmente se responsabilize pela política de saúde, considerando esta como um investimento e não como mercadoria. Esse projeto se inicia com a retirada de Jair Messias Bolsonaro (sem partido) do governo, seja por meio de impeachment, ou seja, por meio das próximas eleições. É necessário também que o próximo presidente da república federativa do Brasil revogue a EC 95/2016, o Programa Previnha Brasil e a contrarreforma da PNAB/2017. E ainda, aumente os investimentos financeiros para a política de saúde e para a APS, somente assim será possível a continuidade do acesso à APS universal, integrada e com qualidade.

Para além da estratégia saúde da família – ESF, a PNAB/2017 apresentou mudanças em diversos outros programas que fazem parte da atenção básica tais como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, o programa mais médicos, a política de saúde mental entre outros

que não foram abordados nesse trabalho, mas que merecem ser discutidos em um momento oportuno. Salienta-se também que esse estudo abre espaços para investigações futuras, principalmente no que diz respeito às implicações da nova PNAB da EC 95/2016 e do Programa Previnde Brasil na rede de atenção à saúde – RAS e a sua percepção por parte dos profissionais de saúde e da população usuária desse sistema único.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. Coleção mundo do trabalho. São Paulo: Editora Boitempo, 1999.

AUDITORIA cidadã da dívida. Disponível in:  
<<https://auditoriacidada.org.br/conteudo/explicacao-sobre-o-grafico-do-orcamento-elaborado-pela-auditoria-cidada-da-divida/>>. Acessado dia 14/01/2020 às 19:22h  
1

AUDITORIA cidadã da dívida. Disponível in:  
<<https://auditoriacidada.org.br/conteudo/grafico-do-orcamento-federal-2019-2/>>. Acessado dia 23/01/2020 às 15:08h

AUDITORIA cidadã da dívida. Disponível in: <https://auditoriacidada.org.br/categoria-conteudo/graficos/>>. Acessado dia 23/01/2020 às 15:33h

ALBINO, Nathália Moreira. **Controle social e privatização da saúde**: o papel do Conselho Municipal de Saúde neste processo. Dissertação de Mestrado, Espírito Santo, 2018.

BARROS, Bárbara Terezinha Sepúlveda.; BRITO, Ângela Ernestina Cardoso de Brito. **A política de saúde sob o governo Temer: aspectos ideológicos do acirramento do discurso privatista**. O Social em Questão, ano XXII, nº Mai a Ago/2019, p. 67-86.

BATALHA, Elisa; LAVOR, Adriano. **Atenção Básica não é atenção mínima**. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Radis. 2017, nº183. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/183>. Acesso em: 29 maio 2021.

BATISTA, Mikael Henrique de Jesus. **Mudanças e perspectivas teóricas no âmbito da saúde pública**: a Política Nacional de Atenção Básica. Palmas, TO, 2018.

BEHRING, Elaine, R. **Brasil em Contra- reforma**: Desestruturação do Estado e perda de direitos. 2º ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Rotação do capital e crise**: fundamentos para compreender o fundo público e a política social. In: SALVADOR, E; et. al. (Orgs.). Financeirização, fundo público e política social. São Paulo: Cortez, 2012.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: Fundamentos e história. (Biblioteca básica do serviço social) São Paulo: Cortez, 2006.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social e Trabalho**. Paradoxos na Construção das Políticas de Previdência e Assistência Social no Brasil. Brasília: Letras Livres, Editora UnB; 1º reimpr. 2008.

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. O financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período 1999 a 2004: Quem paga a Conta?. In: **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo, Cortez, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 23º ed. 2016.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm)>.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível in: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 9 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios.** Brasília/DF 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. -4. Ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 68p. 2006 – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** PNAB: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007.** Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

BRASIL. **Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009.** Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

BRASIL. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em 05 de junho de 2021.

BRASIL. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Ministério da Saúde).

BRASIL. **SUS princípios e conquistas.** Ministério da Saúde: Brasília: 2000. Disponível em:<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf)>. Acesso em: 07 de dez. 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo, Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger. **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências**. In: Rev. SER Social Estado, democracia e saúde Brasília, v. 22, n.46, janeiro a junho de 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: O SUS totalmente submetido ao mercado. In: **16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais – CBAS** Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”, Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019.

CASTRO, Ana Luisa Barros de. **Atenção primária e relações público-privadas no sistema de saúde do Brasil**. 2015. 174 fl. Tese [Doutorado em Saúde Pública], Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. **Trabalho em Saúde: a inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG**. Dissertação de Mestrado. 2009.

CFESS Manifesta Edição Especial: **15º Conferência Nacional de Saúde**. Disponível in: <<http://www.cfess.org.br/js/library/pdfjs/web/viewer.html?pdf=/arquivos/2015-CfessManifesta-15ConfSaude-Site.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2020.

FALEIROS, Vicente de P. **A Política Social do Estado Capitalista**. São Paulo: Cortez, 2009.

FERREIRA, Juvenildo Santos Ferreira; LADEIA, Luiz Eduardo de Góes. As Implicações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na Dinâmica dos Serviços de Saúde. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, 2018, vol.12, n.42, p. 681-695. ISSN: 1981-1179.

FUNCIA, Francisco Rózsa. **Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos**. Ciência e Saúde Coletiva, p. 4405-4414, 2019. Disponível in: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/n77WSKwsWhzyBHGXtgLfFMj/?lang=pt&format=pdf>>.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas, 2006.

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde** Disponível in: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>>. Acessado em 18 de junho de 2021.

INFORMES TÉCNICOS INSTITUCIONAIS. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, Volume 34, n 3, 2000, p. 316-319. Disponível in:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2237.pdf>>. Acesso em: 26 março 2021.

LAURELL, Ana Cristina. **Avanço em direção ao passado: a política social do neoliberalismo**. In: Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo: Cortez, 2002.

MARCONI, Marina de Andrade e LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa: Planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise**

e interpretação de dados. São Paulo: Editora Atlas, 2009.

MASCARO, Alysso Leandro. “Estado e neoliberalismo: a aliança que sustenta o capitalismo” – Entrevista de Alysso Mascaro sobre “Estado e forma política”. Blog da BOITEMPO, 2013, s/p. Disponível in: <<https://blogdaboitempo.com.br/2013/05/24/estado-e-neoliberalismo-a-alianca-que-sustenta-o-capitalismo/>>.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. Disponível in: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223>>. Acesso em 02 de junho de 2021.

MEIRA, ANDRÉ LUÍS CORRÊA. **Avaliação da coordenação do cuidado e da ordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária à saúde em porto alegre**. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre, 2013.

MELLO, G.A, FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista APS**, v. 12, n. 2, 2009, p. 204-213. Disponível in: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14247>. Acesso em: 25 de março de 2021.

MELO, Eduardo Alves.; MENDONÇA, Maria Helena Magalhaes de.; OLIVEIRA,; Jarbas Ribeiro de.; ANDRADE, Gabriella Carrilho Lins de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Rev. Saúde Debate**, Rio de janeiro, v. 42, número especial 1, p. 38-51, setembro 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev Latino-am Enfermagem** 2004 maio-junho; 12(3):447-8. Disponível in: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000300001>>.

MENDES, Áquilas. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.4, p. 1183-1197, 2014.

MENDES, Áquilas. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, supl.1, p.66-81, 2015.

MENDES, Aquilas; CARNUT, Leonardo. “Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento”, **SER Social**, v. 22, n. 46, Brasília, jan/jun, 2020.

MENDES, Aquilas; CARNUT, Leonardo; GUERRA, Lucia Dias da Silva. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde debate**, v. 42, nº especial 01, Rio de Janeiro, p. 224-243, setembro 2018.

MENICUCCI, T. M. G. **A regulação da assistência à saúde suplementar**. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 233-289. Disponível em: <

<http://books.scielo.org/id/tr7y8/pdf/menicucci-9788575413562-07.pdf>>. Acesso em: 22/01/2021.

MESTRINER, Maria Luiza. **O Estado entre a Filantropia e a Assistência Social**. 3º Edição. São Paulo: Cortez, 2008.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça.; ALBUQUERQUE, Maria Socorro Veloso.; Oliveira, Raquel de Oliveira.; CAZUZU, Ana Karina Interaminense.; SILVA, Nadine Anita Fonseca. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2018; 34(1):e00194916. Disponível in: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-34-01-e00194916.pdf>.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 1, e00206316, 2017. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-33-01-e00206316.pdf>. Acesso em: 28 maio. 2021.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cad. Saúde Pública**, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>. Acesso em: 15 jun. 2021.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, 2018; 42(16):11-24. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Acesso em: 17 abril. 2021.

MOTA, Ana Elizabete. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências recentes. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo, Cortez, 2006.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social: Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez, 5º ed. 2008.

NOGUEIRA, Kleiton Wagner Alves da Silva; JUSTINO SOBRINHO, Severino. A nova Política Nacional de Atenção Básica à Saúde: impactos perceptíveis em uma equipe de saúde da família no município de Alagoa Nova-PB. **Cad. de Ciências Sociais aplicadas**, Ano XVI, nº 28, jul./dez. 2019, p. 25-40. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/ccsa/article/view/5752/4325>. Acesso em: 29 Maio. 2021.

NUNES, Cristiane Abdon. **A integralidade da atenção e o programa de saúde da família: estudo de caso em um município do interior da Bahia**. Salvador, 2011.

PINTO, Luiz Felipe.; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica

(ICSAB). **Ciência e saúde coletiva**, p. 1903 – 1913, 2018. Disponível in: <  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/?lang=pt&format=pdf>>.

PIOLA, Sérgio F.; PAIVA, Andrea Barreto de.; SÁ, Edvaldo Batista de.; SERVO, Luciana Mendes Santos. **Financiamento público da saúde: Uma história à procura de rumo**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea, Rio de Janeiro, 2013.

PORTELA, Gustavo Zoio. **Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais**. Rio de Janeiro, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>.

RADIS. **Entrevista com Shirley Díaz Morales**. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Radis comunicação e saúde. 2017 dez; 183:32-33.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera pública e conselho de assistência social: caminhos da construção democrática**. São Paulo: Cortez, 2008.

ROCHA, Simone Fernandes. Descentralização no Âmbito da Política de Saúde: Uma Reflexão Acerca da Municipalização e das Políticas Sociais no Brasil. In: BARRETO, Patrícia; CARVALHO, Rafael Nicolau. MIRANDA, Ana Paula Rocha de Sales (Orgs). **Saúde em foco: visibilidade no contexto atual**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2010. 254 p.

ROCHA, Flávia Rebeca F; MACÁRIO, Eptácio. O impacto da EC 95/2016 e da PEC 287/2016 para a Previdência Social brasileira. **Revista SER Social**, Brasília, v. 18, n. 39, p. 444-460, jul.- dez./2016.

SANTANA, Milena Lopes; CARMAGNANI, Maria Isabel. Programa Saúde da Família no Brasil: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Revista Saúde e Sociedade**, 2001, p. 33 – 53. Disponível in:  
 <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/04.pdf>>. Acessado em: 26 de março de 2021.

SALVADOR, Evilásio. Fundo público e o financiamento das políticas sociais no Brasil. **Serviço Social em Revista** [Online], v. 14, p. 4-22, 2012.

SALVADOR, Evilásio. Financiamento tributário da política social no pós-Real. In: **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

SALVADOR, Evilásio.; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. orçamento e políticas sociais: metodologia de análise na perspectiva crítica. **R. Pol. Públ.**, São Luís, v. 18, n. 1, p. 15-32, jan./jun. 2014.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Gabriel Valim. **Gestão da saúde pública: impasses, perspectivas e desafios no sistema único de saúde no município de porto alegre - RS**. Taquara, 2016.

SILVA, Maria Joseli de Souza.; SILVA, Mayara Duarte.; SILVA, Alessandra Ximenes da. O processo de contrarreforma da política de saúde. In: **VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas**, 2017.

SILVA; Joelcio Jackson Lima.; SANTOS; Viviane Medeiros dos.; CORREIA, Maria Valéria Costa Correia. Política de Saúde e desmonte do SUS no governo Temer. **Rev. SER Social**, Brasília, v. 23, n. 48, janeiro a junho de 2021.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

SOARES, Raquel Cavalcante. **Contrarreforma no SUS e o Serviço Social**. Recife: Ed. UFPE, 2020.

SWEEZY, Paul. O método de Marx. In: **Teoria do desenvolvimento capitalista**. RJ: Zahar Editora, 1976.

TOMAZ, José Batista Cisne. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói” **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v6, n10, p.75-94, fev 2002.

VASCONCELLOS, Silvia Cypriano. **A problemática do financiamento da Atenção Básica nos municípios no período do Pacto pela Saúde (2006-2010): o caso do Estado da Bahia**. São Paulo, 2013.

VIEIRA FS, BENEVIDES RPS. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**. 2016;10(3):1-28. <http://dx.doi.org/10.21057/repam.v10i3.21860>.

VIRGENS, João Henrique Araujo. Alguns elementos para analisar a conjuntura da saúde no período Dilma/Temer. In: **Observatório de análise política em saúde**, Salvador – BA, 2017.

"VOUCHER da saúde" defendido por Guedes é a privatização do SUS? UOL, 2021. Disponível in: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/05/09/voucher-da-saude-sus-privatizacao-paulo-guedes-saude-publica-plano-de-saude.htm?cmpid=copiaecola>>. Acessado em: 9 de junho de 2021.