

1. INTRODUÇÃO

Na 287ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS, realizada dias 10 e 11 de novembro de 2016 foi deliberada a instituição de um grupo de trabalho (GT) a fim de acompanhar o processo de revisão da Política Nacional da Atenção Básica - PNAB, subsidiando o pleno do CNS para discussão e deliberação sobre a pauta. Conforme o regimento interno do CNS, o GT foi composto por cinco conselheiros/as, sendo três representantes do segmento de usuários, um/a representante do segmento de trabalhadores e um representante do segmento de gestores/as. Em determinados momentos alguns colaboradores externos foram convidados para contribuir com o debate.

O GT-PNAB foi instituído após o CNS tomar conhecimento que o segmento de gestores, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, discutia uma proposta de revisão da PNAB, sem trazer o debate para o CNS ou mesmo buscar diálogo com a população usuária do SUS ou com as/os trabalhadores que fazem acontecer cotidianamente esta importante política que nos últimos 20 anos vem ampliando acesso ao SUS e contribuindo para a promoção da equidade.

As atividades do GT foram marcadas pela ausência do representante do segmento dos gestores nas reuniões e pela dificuldade de ter conhecimento do conteúdo da proposta de revisão em debate na câmara técnica da CIT. Foi solicitado repetidas vezes pelo CNS o documento contendo as propostas em discussão nessa câmara técnica, no entanto nunca foi disponibilizado.

Mesmos assim, como intuito de ampliar os debates e de fortalecer os argumentos técnicos que subsidiariam uma proposta a ser submetida ao pleno do Conselho, o Grupo de Trabalho, construiu agendas de ampliação dos debates pautando o tema da reforma da PNAB em espaços como o congresso da ABRASCO, a EXPOEPI, em Conferências temáticas Estaduais e Municipais que debatiam saúde das mulheres e vigilância em saúde, nas reuniões do pleno do CNS e em seminário sobre atenção básica realizado pelo Conselho, no Rio de Janeiro no dia 9 de agosto de 2017.

O conteúdo das mudanças pretendidas na PNAB só chegou ao conhecimento do Conselho na reunião ordinária da CIT, na data de 27/07/17, quando foi apresentada já para pactuação. Na oportunidade, o presidente do CNS solicitou que fosse, no mínimo, aberta uma consulta pública sobre a revisão da PNAB. Esta consulta foi aberta por somente 10 dias, prorrogada por mais 3, totalizando apenas 13 dias e teve mais de 6.000 contribuições. No cronograma da CIT, a pactuação da reforma da PNAB precedeu a devolutiva e discussão no CNS.

Ou seja, neste processo foi evidenciado o desrespeito ao Conselho Nacional de Saúde, aos princípios do SUS e à legislação vigente no que diz respeito ao papel do Controle Social na formulação de políticas de saúde, na avaliação das motivações de mudanças que alteram princípios de políticas aprovadas anteriormente, bem como altera a deliberação de critérios que mudam o modo como o recurso federal é rateado entre os municípios, indo de encontro com a Lei 141 de 2011.

Diante destas constatações, na 61ª Reunião extraordinária do CNS, foi apresentada uma síntese da análise do GT sobre a PNAB e foi aprovada a Recomendação nº 35/2017 (em anexo) que recomendou que o Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS não deliberasse pela revisão da PNAB enquanto este amplo processo de debate estivesse em desenvolvimento.

O CNS vem reiterando a solicitação de que seja enviado ao Conselho não apenas a minuta da portaria, mas também os estudos, dados, análises e justificativas técnicas que subsidiam as profundas mudanças propostas nesta revisão da Política Nacional de Atenção Básica. Porém, até a presente data, a CIT não enviou as informações solicitadas, a exemplo da solicitação via Sistema Eletrônico de Informações (SEI), por meio do Memorando nº 56-SEI/2017/SECNS/MS.

É inegável a necessidade de qualificar ações, programas e políticas de saúde, a fim de aprofundar princípios e diretrizes do SUS e efetivar o direito à saúde, ampliar acesso, melhorar a qualidade da atenção e promover a justiça social. Entretanto, neste momento político e econômico que assalta o país, com um Governo não legitimado pelo voto popular, que persiste em modificar a Constituição e a Ordem Legal, inviabilizando o Sistema Securitário Social brasileiro, a exemplo dos efeitos da Emenda

Constitucional EC-95, a qual estrangulou por 20 anos os recursos das políticas sociais; e deformando o Mundo do Trabalho nacional e seu Regime Previdenciário; ao mesmo tempo que avança uma agenda favorável aos planos de saúde, dentre elas a defesa de “planos acessíveis” por parte do Ministério da Saúde do Governo Temer. Com isso, vemos se agravar a disputa pelo modelo de Estado e pelo setor saúde, que historicamente sofre com as políticas restritivas, ora pela desresponsabilização do poder público, ora pelo modelo de desenvolvimento ancorado nas políticas neoliberais.

Analizamos a perspectiva de revisão considerando algumas características que norteiam o desmonte das políticas públicas, a partir do projeto neoliberal, que são: a desestatização, que orienta a estrutura e o funcionamento dos setores pela dinâmica do mercado, intencionando privatizá-los; a desregulamentação das atividades econômicas, sociais e trabalhistas, questionadas a partir da suposta superioridade do mercado em relação ao Estado; e a desuniversalização que em função da crise fiscal, reverte o padrão de universalização dos sistemas de proteção social. Assim, a revisão da PNAB se apresenta como mais uma das reformas temerárias, que resultam em perda de direitos.

2. AMEAÇAS AO DIREITO À SAÚDE NA REFORMA DA PNAB

2.1 Modelo de atenção e de gestão

A defesa da Atenção Básica universal e integral, com cobertura de serviços e ações para 100% da população, em articulação com demais dimensões do sistema, a exemplo da vigilância em saúde, passa pelo reconhecimento da sua mais inovadora experiência, que tem sido a Estratégia Saúde da Família. Um arranjo que, para além da rede básica, tem contribuído de forma propositiva para a reorientação e ordenação das redes de atenção e do próprio modelo de saúde, otimizando custos e qualificando a intervenção pública.

É preciso considerar que a ESF ainda se encontra em implementação, melhoramento, ampliação e qualificação, mas que já conta com avanços significativos como: conversão do modelo de cuidado centrado na patologia, ou na incorporação tecnológica, para o modelo de cuidado centrado em pessoas, aumentando a integralidade e a custo-efetividade; atenção longitudinal por uma mesma Equipe de Profissionais cuidando das pessoas, inseridas em seus territórios e construindo suas comunidades, em diferentes momentos de seus ciclos de vida, sem restrições por conta de etnia, orientação sexual, identidade de gênero ou estrato social, o que determina melhores indicadores socio-epidemiológicos; aumento da resolutividade de ações; afirmação da Atenção básica como melhor cenário para formação de profissionais orientados para atuarem na lógica de um Sistema de Proteção Social. Nestes anos de implementação, a ESF alcançou melhoria de indicadores da cobertura vacinal, redução da desnutrição, damorbi-mortalidade infantil e da mortalidade materna, melhoria do acesso a serviços odontológicos, redução das internações desnecessárias, acesso a práticas integrativas e complementares em saúde, entre outros.

Tais avanços se deram em parte por medidas como a criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); a ampliação e as novas diretrizes do Telessaúde; Criação do Programa Mais Médicos; Criação do Programa Brasil Sorridente; dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Torna-se inevitável relacionar a melhoria dos indicadores de saúde ao aumento da cobertura da Atenção Básica nos últimos doze anos, saindo de 31,8% em 2002 para 62,4% em 2014. Atualmente, 5.460 municípios possuem Estratégia de Saúde da Família e mais de 121 milhões de pessoas - mais de 2/3 da população, estão sendo beneficiadas pela ESF.

Fica evidente a intencionalidade de enfraquecer e substituir progressivamente a ESF por meio do financiamento de um modelo amorfo, que não possui sequer critérios mínimos de qualidade, e por isso, permite a redução imediata de gastos, mas o aumento dos custos ao considerar os efeitos em cadeia em outros pontos da rede como, por exemplo, maior quantidade de eventos de urgência, internações e realização de procedimentos cirúrgicos e diagnósticos. Ou seja, problemas de saúde que poderiam ser atendidos pela atenção básica, apresentarão maior riscos à vida e

susceptibilidade de sequelas com potencial impactos negativos à saúde e à qualidade de vida imediatos e a longo prazo.

Outros modelos de AB devem ser reconhecidos e, nesse sentido, é preciso identificar quais apresentam concretamente resultados verificáveis, como se organizam, quais seriam princípios mínimos de qualidade e de exigência para seu funcionamento. Não há problema em reconhecer diferentes modelos, mas isso não deve resultar no fim da bem sucedida indução financeira do modelo da ESF. Ao contrário, é preciso aumentar o financiamento dos componentes do Piso de Atenção Básica - PAB variável referente à ESF e ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e também o PAB Fixo dando possibilidade aos municípios de ofertarem melhores condições dentro do modelo que é a prioridade nacional desde 1994.

A proposta de revisão da PNAB traz uma concepção de modelo gerencialista, que transfere para o setor público os princípios administrativos da gestão privada, tais como: competência, qualidade total, cliente, excelência, produto, etc. Fazem parte desse arranjo, a ideia de que os problemas organizacionais são de responsabilidade e “culpa” do trabalhador. O trabalho por sua vez torna-se cada vez mais subordinado e padronizado, orientados por instrumentos disciplinares de controle sobre o trabalho e os trabalhadores, e, por fim, produtor de práticas reducionistas e mecanizadas em relação à natureza humana. Esta reengenharia no processo de organização, gestão, e contratação da força de trabalho, torna o trabalhador precarizado, vulnerável, inseguro e instável, seja pela ausência de concursos públicos, pelo aviltamento de carreiras e salários, por terceirizações, contratos temporários, ou avaliações de desempenho descontextualizadas.

Chamamos a atenção de forma mais preocupante para a categoria profissional de Agente Comunitário de Saúde - ACS, que é parte constitutiva da Atenção Básica, sendo a única profissão 100% SUS – que se fez profissão no ato da incorporação ao SUS, deixando, portanto, de existir fora dele. Esse profissional, que se forja no cuidado às pessoas em contexto familiar e comunitário, assiste principalmente as famílias em situação de vulnerabilidade e desigualdade social, e que é atualmente a maior categoria de trabalhadores atuando no Sistema Único de Saúde (SUS), chegando a

quase 290 mil em todo o território nacional, pode, a partir da revisão da política, sofrer um impacto imediato de desligamento de 30% ou mais dos atualmente empregados.

Situação que provavelmente se agravará também para outros profissionais como os de equipes de Saúde Bucal e de Núcleos de Apoio à Saúde da Família -NASF. A dívida social com a população sem oferta de saúde bucal, e mesmo a tentativa de modificar o papel de apoio do NASF, tornando um lugar de contenção da população diante da não oferta de rede é muito perverso tanto para o/a trabalhador/a quanto para usuários/as. As reflexões diante tal mudança, não são feitas com o intuito de “proteger postos de trabalho”, mas para denunciar o que é amplamente sabido e demonstrável que o quantitativo de trabalhadores em atuação ainda é insuficiente para cuidar de forma qualificada e digna de nossa população, mesmo priorizando a população que vive em situação de maior risco, vulnerabilidades e iniquidade.

A atual proposta de revisão da PNAB traz em seu bojo o reducionismo da estratégia saúde da família. Uma vez que a ESF passa a significar apenas uma modalidade de equipe de trabalho na rede de atenção à saúde. Na medida em que deixa de ser prioridade e se torna uma adesão facultada aos gestores municipais. A definição de equipes mínimas passa a prevalecer na escolha dos profissionais que farão a prestação de assistência à saúde da população. Fatos alarmantes podem ser demonstrados, por exemplo, como a retirada da obrigatoriedade da manutenção do profissional enfermeiro das equipes de saúde da família. No entanto, na equipe mínima, o Ministério da Saúde propõe a manutenção de auxiliar e/ou técnico de enfermagem. Segundo a Lei 7498/86, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, é vedado que os auxiliares e técnicos de enfermagem exerçam suas atividades sem a supervisão do enfermeiro. Sequer houve observação das leis específicas de exercício profissional das categorias da saúde. Tal situação não representa tão somente uma possibilidade de precarização do trabalho e rompimento em massa dos contratos de trabalho para os profissionais que atuam nas equipes da ESF. Tal proposta representa um prejuízo imensurável na qualidade da assistência prestada à população.

Já a categoria profissional médica tem seu papel produtivista e assistencialista destacado, deformando sua participação no seio ESF e a potência da permanência

deste profissional o maior tempo possível com sua equipe, bem como com o território adstrito. Apenas flexibilizar regimes de contratação, ao invés de promover o urgente e necessário debate da proteção da força de trabalho médica, sublinhando seu papel formulador de políticas de gestão e de cuidado junto aos demais profissionais, e a possibilidade de tornar-se formador de novos profissionais *in loco*, perverte o processo de trabalho pretendido pela ESF, permite interminável promiscuidade precarizatória do emprego de médicos pelo privado e abrirá lacunas na longitudinalidade assistencial.

É preciso caminhar no sentido de garantir a universalidade do acesso à saúde da população, bem como assegurar maior resolutividade na atenção básica. Para que isso ocorra, se faz necessário a realização de remapeamento e redimensionamento do quantitativo de famílias adscritas por equipes de ESF e NASF. Os melhores modelos de acesso à Atenção Primária à Saúde evidenciam que as equipes com um teto de 2500 pessoas por referência tem melhores desfechos no cuidado, garantindo maior resolutividade nesse nível de atenção. Entretanto a proposta pactuada na CIT segue na contramão dessa lógica. Uma vez que reduz a composição profissional das equipes e não delimita o território de atuação, nem tampouco define teto para usuários adscritos por ESF.

Portanto, percebemos a retomada de uma concepção de atenção primária focalizada e com acesso seletivo, que resgata o criticado, falido e anacrônico modelo do início dos anos de 1980 da “consulta” realizado por serviços de baixíssima qualidade e resolubilidade e baseados no atendimento pontual e individual e na lógica conhecida como “queixa-conduta”. Acreditamos que qualquer medida neste sentido tende a mobilizar forças sociais em defesa intransigente da ESF, dos princípios e diretrizes do SUS e dos avanços já percebidos tanto pela população quanto pelos estudos nacionais e internacionais sobre a atenção básica brasileira.

2.2 Desregulamentação de ações e serviços

No que diz respeito a oferta de ações e serviços, com o pretexto de garantia mínima de acesso, ao longo dos debates surgem regramentos e normativas apresentadas em

diferentes configurações: carteira de serviços, relação nacional de ações e serviços, escopos de ações e serviços, padrões essenciais e ampliados. Todas apontam para uma maior desregulamentação, com a definição de um pacote mínimo de serviços, que se aproxima mais da lógica da cobertura universal do que do acesso universal, com integralidade no acesso. O que se ajusta bem a fala do Ministro da Saúde logo em seguida de sua posse, anunciando que seria necessário rever o tamanho do SUS.

Em alguns países esse formato de organização da oferta se dá ora para regionalizar o sistema que é centralizado nacionalmente, e que opta por essa estratégia para ofertar e organizar o sistema, na garantia de um cuidado integral e universal, regionalmente planejado e pactuado, ora porque existe a necessidade de um instrumento para organização o co-pagamento, por conta da integração público-privado.

No Brasil existe pacto federativo com relações intergovernamentais previstas na legislação do SUS e levadas a cabo por seus espaços de gestão bi e tripartite no qual todos os entes são co-responsáveis pela organização do sistema, execução das ações de saúde e garantia dos direitos e princípios constitucionais previstos e políticas pactuadas nos espaços de gestão e controle social do SUS.

Então passar a exigir um mínimo é automaticamente dizer que se abandona o “mínimo anterior” previsto na legislação do SUS e na PNAB vigente que era a garantia de atenção integral para todos os cidadãos naquilo que a atenção básica tem a obrigação de resolver. Esse imperativo deixa de ser a referência de um processo em implementação e se acomoda em um suposto “mínimo” exeqüível pela maioria dos municípios no contexto atua, piorado pela redução dos recursos e pela substituição da saúde da família por um modelo de menor qualidade, sem critério mínimo e, por isso, com menos gasto imediato embora com, com maior custo sistêmico estatal e societal.

Faz-se fundamental construir políticas com maior capacidade de representar a realidade local, ancorada em estudos sobre o que concretamente é realizado e em diretrizes organizativas que assegurem uma qualidade no mínimo compatível com a já apresentada pela ESF, entretanto em um país continental e com necessidades tão diversas quanto complexas, sinaliza-se que a discussão sobre AB pede uma melhor

definição sobre o funcionamento em rede, com os diversos equipamentos que a compõem.

É fundamental compreender que, para além da definição entre governos, precisamos ficar em alerta quanto à possibilidade de que este processo contribua para acirrar o processo de privatização. Ou seja, uma forma de definir “as regras” de oferta de serviços com o setor privado (via contratação de OSS, institutos e fundações) ou com a compra direta de serviço no mercado, ampliando assim o processo de privatização e terceirização do SUS que faz os serviços a operarem em uma lógica cuja finalidade primordial é comercializar um produto com valor de mercado, seja ele necessário ou não, responda ele mais ou menos a uma necessidade de saúde real do cidadão, transformado nesse caso em potencial consumidor. Além disso, reformas assim facilitam os conhecidos processos de “segmentação de clientela” e de controle da qualidade para “repartir” aquilo que seria oferecido gratuitamente ao cidadão por um setor público privatizado e aqueles procedimentos que, em um padrão superior, seriam adquiridos somente no setor privado mediante pagamento do cliente ou de seu empregador. Ou seja, uma medida que prepararia bem o terreno para a chegada dos planos acessíveis de saúde.

A definição de lista um com mínimo de serviços e procedimentos limita a potencialidade da AB e assim, em tempos de “austeridade”, o mínimo se torna o máximo para cumprir o papel de teto rebaixado e limitador da integralidade, necessário à viabilização de um mercado que venda “algo mais” a quem precisar ou julgar que precisa. O que implica em retrocesso na medida em que os serviços tenderiam a se organizar para ofertar (ou vender) procedimentos e não em função de linhas de cuidado centrados na pessoa, reforçando, nos serviços públicos, a concepção de uma AB seletiva que ofertaria uma cesta básica de ações a serem consumidas e, no privado, a venda de serviços que tanto extrapolariam a cesta básica quanto venderiam os mesmos serviços com um tempo de espera menor.

É preciso fortalecer os processos de melhoria da qualidade por meio do PMAQ, que associa a mudança de práticas ao incremento de financiamento. As ações e serviços da Atenção Básica devem ser organizadas segundo padrões mínimos de ação e resultados

esperados em termos de cuidado e benefício aos usuários e articuladas em linhas de cuidado que considerem a integralidade e que são pensadas sistemicamente e em rede e não limitadas a um serviço, menos ainda a um pacote em um serviço. A responsabilidade de garantir as ações cabe à gestão e não a cada equipe individual.

2.3 Financiamento

A reforma da PNAB em relação ao financiamento está alinhada ao processo de unificação/redução dos blocos de financiamento da portaria 204 (6 blocos para duas categorias genéricas e agregadas – custeio e capital) que está em estudo desde janeiro de 2017 pelos gestores na CIT, capitaneado pela secretaria executiva do MS e com forte apoio político-operacional do Conass e Conasems.

Em ambos os casos embora o discurso seja de autonomia local para justificar o injustificável, o objetivo é a redução das exigências e fim da cobrança de modelagens assistenciais, padrões de qualidade nos serviços, de mínimo de cobertura e investimentos. Pretendem desatrelar o repasse dos recursos federais de qualquer resultado assistencial que exija contrapartidas municipais ou mesmo a aplicação dos mesmos em algo que deixe de ser prioridade do gestor local.

Esta revisão parece mais um arranjo para o cenário de recursos cada vez mais escassos e insuficientes para custear os serviços, autorizando que o gestor possa escolher livremente onde cortar e reduzir o SUS, seja em termos de qualidade, acesso, integralidade ou universalidade. Esse seria o pacto com efeitos regressivos não só quanto aos princípios do SUS, mas também nas possibilidades de acompanhamento público do uso dos recursos e na transparência dificultando fortemente o papel do Controle Social, dos órgãos de controle e da cidadania ativa.

Atentamos ainda que esta proposta está sobre a égide da EC 95, que manterá pelos próximos vinte anos os recursos do SUS em um cenário no qual os recursos da AB perdem valor frente à inflação. Com a unificação dos blocos e esta reforma na PNAB, o resultado esperado é o desvio de recursos do tesouro municipal que hoje são

empregados na AB para outros serviços e gastos do município. Recurso que será insuficiente não só para complementar a expansão planejada no Plano Plurianual, mas até mesmo para manter os níveis atuais de cobertura da ESF. Mais insuficiente ainda para assegurar os padrões de qualidade alcançados atualmente, da estrutura física das Unidades às ações oferecidas nas mesmas, passando pelo modelo assistencial que vinha há anos progredindo em sua implementação.

2.4 Participação e controle social

Reconhecemos o papel da Comissão Intergestores Tripartite de pactuar as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, mas reforçamos a importância das mesmas serem submetidas à discussão e deliberação do Conselho Nacional de Saúde. Fortalecer os espaços de participação popular e controle social na saúde é um dever de todos. Ainda mais quando tratamos de uma mudança em uma política que é objeto de diversas deliberações e resoluções de Conferências de Saúde e de reuniões ordinárias do Conselho Nacional de Saúde, que foi objeto de uma Resolução do Conselho Nacional de Saúde (a 439 de 7/4/2011), que é acompanhada de perto pelo mesmo e que cujas mudanças propostas, sem qualquer exposição de motivos, informações ou estudos que a embasem, interferem não só na qualidade de vida da população como também nos critérios de distribuição e rateio dos recursos entre os municípios, com regras extremamente regressivas e concentradoras (72% do novo repasse às equipes chamadas de “atenção básica tradicional” seria concentrado nos cinco estados mais ricos da federação).

O Conselho Nacional de Saúde, instância máxima de controle social e participação da sociedade na gestão da política pública de saúde, foi excluído do processo. Mesmo com as reiteradas solicitações formais não nos foi enviada a proposta de reforma da PNAB em discussão na CIT.

A proposta anunciada pelo Ministério da Saúde, antes mesmo do fim da consulta pública, evidencia que a participação de mais de 6 mil pessoas não mudaria o que essencialmente já estava definido. Mesmo depois da Recomendação número xxxdo

Conselho que exigiu a discussão ampla das justificativas e prováveis efeitos danosos da aprovação ao SUS e à saúde da população, a mesma foi ignorada e os representantes da gestão do SUS levaram a proposta para pactuação na CIT, sem sequer divulgar o texto pactuado. O desrespeito não só ao controle social, mas à legislação do SUS é flagrante.

3. CONCLUSÕES

O direito à saúde carrega historicamente o ideário em defesa da democracia e da luta política por justiça e cidadania e é um “bem” inafiançável assegurado pela estruturação de políticas públicas e pelo enfrentamento das desigualdades sociais, econômicas e culturais. Nessa mesma direção ratifica nas diversas conferências nacionais e em inúmeras deliberações advindas das instâncias de participação e controle social na saúde, a defesa intransigente do SUS enquanto sistema universal, público e de qualidade. O SUS é parte fundamental para o desenvolvimento da nação, e para a defesa radical da vida.

A proposta de reforma da PNAB se configura no contexto de reorientação das políticas sociais de forma seletiva e focalizadas, distorcendo os princípios da universalidade e da integralidade. Aponta a perspectiva de um pacote limitado de serviços de baixa complexidade e qualidade para a população empobrecida, configurando o que muitos denominam de uma “política pobre para os pobres”.

Se não estão considerando as necessidades sociais, já que não houve estudos e nem mesmo apresentação de dados por parte das esferas de governo que apontem de forma segura possíveis ajustes, somos levados a crer que tais decisões são frutos de um determinante econômico, condicionado pela escassez de recurso. Para tanto, qualquer retrocesso na organização do sistema intensifica as desigualdades já existentes, em vez de enfrentá-las.

A possibilidade de revisão na PNAB deve garantir a ampliação dos princípios da Estratégia de Saúde da Família, a perspectiva da vigilância em saúde, a ampliação da clínica, com ações de promoção, prevenção e cuidados às pessoas em seu território.

Nessa perspectiva, pensar políticas públicas centradas na superação das condições que impactam negativamente nos determinantes de saúde, que avancem no enfrentamento das iniquidades e opressões, aponta para a necessidade de investir em atenção básica/primária como parte da Rede de Saúde, capaz de superar a simplificação e a focalização da oferta.

É preciso garantir a continuidade do Programa Mais Médicos para o Brasil e ampliar outras estratégias de provimento e fixação de profissionais nos locais de mais difícil acesso ou que não são de interesse dos profissionais. Os principais sistemas universais públicos de saúde financiam e organizam sua atenção e assistência por meio da Atenção Primária e, utilizam-na como cenário de formação de profissionais, como ocorre na Inglaterra, em Cuba, na Espanha. Defender o Mais Médicos é apostar que o Estado deve ser protagonista deste modelo civilizatório, não apenas provendo profissionais para assistir ao povo, mas criticando quais são estes profissionais.

É preciso investir ainda mais e assegurar a continuidade do PMAQ que hoje já garante financiamento também para os modelos de organização que não são saúde da família, mas que alcançam um padrão mínimo de resultados levando em conta os princípios da AB e da ESF. É necessário ampliar o financiamento da AB, para além dos dois programas citados, para tentar aproximar do padrão internacional de investimento proporcional apresentado pelos países que apresentam os sistemas mais custo efetivos no mundo, um aumento que promova equidade entre os municípios e populações e que esteja vinculado a ganhos na cobertura, qualidade e nos indicadores de saúde da população e não um que desregulamenta, concentra recursos e tende a piorar o que já existe como a atual proposta.

Especialmente no momento de crise fiscal, aumento do desemprego, redução da renda e da qualidade de vida das famílias que vivem do trabalho e com o agravamento do histórico subfinanciamento do SUS, realizar essa alteração que enfraquece a ESF é irresponsabilidade com a saúde da população.

Compreendemos que não devem ser revisados programas, ações e políticas de saúde que impliquem em retrocesso no direito à saúde. Qualquer alteração se justifica apenas na perspectiva de avançar na construção de um SUS do tamanho do Brasil, com universalidade do acesso, integralidade e equidade na atenção.