

ANÁLISE DA MUDANÇA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA*

Autor: Héider A Pinto¹

INTRODUÇÃO

Este capítulo utiliza o referencial teórico do campo de análise de políticas para estudar as mudanças feitas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017 pelo Ministério da Saúde (MS). É fruto de uma análise documental que utilizou como fontes de pesquisa as minutas e versão final da Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017 (PNAB-2017), documentos e textos que trataram do tema publicados oficialmente pelo MS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), incluindo matérias nas mídias oficiais desses órgãos repercutindo ou não entrevistas de seus dirigentes.

Compreende a PNAB-2017 como uma normatização que modifica, institui e revoga instrumentos de política pública com o objetivo de produzir efeitos na realidade tomada como problema pela política, buscando analisar o que muda na ação do Estado e quais os efeitos esperados que essa mudança pode provocar na ação dos atores sociais relacionados à política ou ao campo de produção social no qual ela interfere. O foco maior foi nas mudanças com maior efeito potencial imediato na ação e comportamento dos gestores municipais.

Após uma discussão teórico-metodológica que sintetiza algumas contribuições do campo de análise de política que são especialmente úteis para a reflexão produzida no capítulo, segue uma análise e discussão das principais mudanças da PNAB-2011 para a PNAB-2017.

Em primeiro lugar se analisa panoramicamente a parte da PNAB que funciona como um texto de “recomendações”, que não institui obrigações para a gestão municipal, e a

* Capítulo publicado no livro “Olhares sobre a Atenção Básica em Sergipe” e é uma versão revista e ampliada de artigo publicado no periódico científico “Saúde em Redes” que foi adaptado e ampliado especialmente para o citado livro tendo em vista seus objetivos e temas.

¹ Médico sanitarista, professor da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, mestre em saúde coletiva e doutorando em políticas públicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

incorporação na PNAB de normas já instituídas em outras portarias. Passada esta etapa, é dado maior foco e discutido com mais detalhamento os “silêncios” na PNAB-2017 que funcionam como desregulamentações, cujo caso mais evidente e com repercussões mais importantes é a supressão do número mínimo de agentes comunitários de saúde (ACS) por equipe de saúde da família (eSF), e as mudanças instituídas pela PNAB-2017 que alteram, criam e anunciam a criação posterior de instrumentos de políticas públicas que apontam para a despriorização da Estratégia de Saúde da Família (ESF), depois de ser por mais de 20 anos o principal modelo de organização da AB no Brasil, e para o retorno potencial de uma atenção primária seletiva e restrita.

Na crítica à PNAB tenta-se demonstrar como ela: aponta para o financiamento e estímulo a um “não modelo”; elege instrumentos de política que se mostraram insuficientes para expandir a cobertura ao mesmo tempo que o atual governo fragiliza aqueles que mostraram ter efeito; pretende financiar equipes que a literatura e as próprias avaliações do MS mostraram ter menos qualidade; e como induz uma AB mínima chamada de “essencial” e que pode promover o retorno da “atenção primária seletiva” dos anos 80.

Mais ao seu fim, o capítulo amplia o foco de análise para tentar compreender alguns sentidos latentes da PNAB-2017 a partir da política mais geral do subsistema da saúde e do sistema político geral (SABATIER; MAZMANIAN, 1980), no qual predominam, desde 2016, medidas de ajuste na linha das políticas neoliberais internacionais de austeridade. Com base nessa análise busca identificar a repercussão das mudanças da PNAB-2017 no orçamento para a AB compreendendo a mudança da alocação dos recursos, a desregulamentação de seu uso, potenciais prejudicados e beneficiários dessas medidas e alguns de seus efeitos.

O capítulo termina com uma conclusão que sintetiza os principais achados e promove uma reflexão sobre a que modelo de Estado e de relações de trabalho essas mudanças são convergentes e funcionais.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO E MODOS DE LER A PNAB

A PNAB, na perspectiva da análise de políticas públicas, pode ser lida e analisada de diferentes formas. Muller e Surel (2002) destacam que uma política pública é formada por um conjunto de medidas concretas - que constituiriam a sua substância visível,

composta por recursos financeiros, intelectuais, reguladores, materiais etc. - e por um conjunto de finalidades e/ou objetivos a serem atingidos que podem estar às vezes mais e às vezes menos explícitos nos textos e nas decisões do governo. Recomendam que o analista não reduza uma política a um simples conjunto de estratégias organizacionais: ela seria a combinação entre ação e regulação política com legitimação na sociedade e isso envolve a interação dos atores sociais e atuação em dinâmicas, processos e instituições políticas.

Os autores alertam a quem se propõe a analisar uma política que leve em conta que a mesma é um “objeto particular” que, ao mesmo tempo, é “um constructo social e um constructo de pesquisa” (MULLER; SUREL, 2002, p.12). Essa afirmação destaca que em um processo de pesquisa os modos do pesquisador olhar, nominar, delimitar, interrogar e analisar a ação pública recortará o objeto de maneira sempre singular.

Com efeito, é importante delimitar nossa escolha. Nossa análise não abrangerá um amplo universo de ações desenvolvidas em um dado intervalo de tempo pelo Estado brasileiro, ou qualquer outro ator não governamental, para interferir na AB à saúde da população. Um objeto assim exigiria, por exemplo, levar em conta políticas e programas que não são formulados e nem geridos pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS tais como o Programa Mais Médicos (PMM), normativas relacionadas à assistência farmacêutica básica, à gestão da educação e do trabalho no SUS etc. Poderia ter que levar em conta também o poder legislativo como ator, vide o caso da regulamentação do piso dos agentes comunitários de saúde (ACS) e de combate às endemias; os estados e municípios, estes últimos responsáveis pela execução da atenção básica à saúde da população; ou mesmo atores como as organizações da categoria de enfermagem e seu conselho profissional, como no caso do impedimento dos técnicos de enfermagem de fazerem o exame citopatológico e seus efeitos na atenção à saúde das mulheres.

Nosso estudo, contudo, restringe-se à política disciplinada pela Portaria 2.436 de 2017, denominada “Política Nacional de Atenção Básica - PNAB” (BRASIL, 2017a). Assim, em que pese o nome dado pela portaria e à portaria, fica evidente que o estudo não trata das políticas governamentais para a AB ou mesmo da ação federal dirigida à AB, o objeto é mais restrito. Com efeito, o núcleo central dos textos considerados em nosso estudo são documentos oficiais que tinham a intenção de resultar e ou resultaram nessa portaria ministerial associados àquelas comunicações que buscaram justificar, defender, reforçar e destacar pontos da medida governamental.

Essa produção é fruto de uma análise documental (MAY, 2004; CELLARD, 2008) que utilizou como fontes de pesquisa as minutas e versão final da Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017 (PNAB- 2017), documentos e textos que trataram do tema publicados oficialmente pelo MS, CONASEMS e CONASS, incluindo matérias nas mídias oficiais desses órgãos repercutindo ou não entrevistas de seus dirigentes.

Tim May (2004), tratando da análise documental desde uma perspectiva hermenêutica, recomenda ao analista considerar a diferença entre suas próprias estruturas de significado e aquelas encontradas nos textos dos documentos pesquisados. Chama a atenção para uma análise que leve em conta os requerimentos práticos para os quais os documentos foram construídos, ou seja, como os textos buscam fazer sentido da realidade e na realidade. Nossa objeto de análise e seu contexto dão ainda mais força à indicação de May de que os documentos podem ser meios pelos quais se expressam o poder social e a ação do Estado, além de serem tentativas de persuasão sobre a necessidade e benefícios daquela ação. Especialmente nesses casos, May recomenda levar em conta o contexto social e político mais amplo, os processos de produção social relacionados e ficar atento também ao que os documentos deixam de fora, muitas vezes tão importante quanto o que eles contêm.

Citando John Scott (1990 apud MAY, 2002), que por sua vez baseou-se em Anthony Giddens, chama a atenção para algumas dimensões da análise do significado do documento: interrogar o que ele é e o que ele nos diz. O “o que ele é” já abordamos acima e retomaremos de maneira mais aprofundada a seguir. Para a análise de “o que ele nos diz” nos sugere a importância de se considerar o significado que o autor do documento pretendia produzir; os significados recebidos e construídos pelos distintos públicos considerados nas diversas situações sociais; e os significados internos do documento.

Em nosso caso, tendo em vista o objeto e objetivos desse trabalho, daremos prioridade à análise dos significados pretendidos pelos autores dos documentos analisados e aos conteúdos próprios dos mesmos. Consideraremos os documentos pesquisados como “estatuto” (SABATIER; MAZMANIAN, 1980) da política em análise que institui e revoga instrumentos de política pública da normatização até então vigente, feita sob a modalidade de portaria. E, no caso dos demais documentos, como discursos oficiais que buscam justificar e defender essa ação governamental.

Grosso modo, um instrumento de política pública seria qualquer meio disponível e utilizado para transformar as intenções políticas em ações políticas. Discutindo o assunto, Leonardo Secchi usou obras de Norberto Bobbio (2002 apud SECCHI, 2016) e de Bemelmans, Rist e Vedung (1998 apud SECCHI, 2016) para propor um esquema genérico de mecanismos utilizados na composição de instrumentos de política pelos formuladores de política (*policymaker*) com o objetivo de induzir comportamentos a assim alcançar os objetivos da política: a premiação (estímulos positivos que induzem um comportamento); a coerção (estímulos negativos que desestimulam ou forçam um comportamento); a conscientização (convencimento do outro para a adoção voluntária de um tipo de comportamento); e a implementação de soluções técnicas (introdução de tecnologias e processos que induzem, forçam ou impedem indiretamente um comportamento). Obviamente, cumprem o papel de tipos ideais weberianos que podem não ser encontrados em estado puro e podem ainda ser combinados.

Compreendendo então a PNAB-2017 como uma normatização que modifica, institui e revoga instrumentos de política pública com o objetivo de produzir efeitos na realidade tomada como problema pela política, é central analisar o que muda na ação do Estado e quais os efeitos esperados que essa mudança pode provocar na ação dos atores sociais relacionados à política ou ao campo de produção social no qual ela interfere.

Assim, na análise do conteúdo do texto, além dos saberes do campo da saúde coletiva e de análise de políticas públicas, é fundamental utilizar também saberes do campo jurídico e administrativo, incluindo análises orçamentárias, para identificar e compreender as mudanças nesses instrumentos decorrentes da mudança da PNAB-2011 (BRASIL, 2011a) para a PNAB-2017.

Embora também seja importante não será nosso foco analisar a PNAB como texto com atenção aos conceitos que reforça, introduz, re-conceitua, refuta ou sobre quais questões se silencia etc. Para nós este é um estudo importante e necessário e tem um papel como mecanismo de “conscientização”, mas nossas prioridades serão as mudanças nos instrumentos de política relacionados, principalmente, aos mecanismos de “premiação” e “coerção” e articulação entre ambos.

Em todos os mecanismos de política é importante compreender tanto os conceitos como as normas também como “ideias”. Compreender a produção de políticas passa por analisar as instituições, os atores e grupos sociais, suas relações, poderes, ações e

interesses, mas também os imperativos normativos e cognitivos que interferem nas ações desses atores (CÔRTES; LIMA, 2012).

Para Campbell (2002), no estudo de formulação de políticas o que os atores sociais acreditam é tão importante quanto o que eles querem. As contribuições desse autor valorizam o papel das ideias no processo de produção social não subordinando-o a uma mera justificativa que tenta legitimar algum interesse. Em seu quadro analítico combina análises do ambiente institucional e do discurso político, e suas relações com a comunicação social e com a tradução do discurso em práticas, e faz uma caracterização de “tipos ideais” de ideias que afetariam a política. Sumariamente, essas idéias seriam os “paradigmas cognitivos” e “visões de mundo”, que restringiriam o universo de escolhas políticas consideradas pelos formuladores; “estruturas normativas” que fariam com que formuladores atuassem mais conforme uma lógica moral ou social que com uma lógica de consequencialidade; “cultura mundial” que explicaria similaridades de políticas por meio de paradigmas cognitivos transnacionais; “enquadramento” que teria um comportamento mais instrumental na tentativa de tornar uma política mais aceitável ao debate público; e “ideias programáticas” que estariam mais relacionadas a causas e efeitos que facilitariam a formulação de soluções para problemas particulares a serem abordados pela política pública.

Em grande parte das análises há uma tendência mais racionalista e ou tecnicista de focar mais ou mesmo considerar somente as ideias programáticas que justificam as normas. De outro lado, em análises que valorizam mais a ação estratégica, a tendência seria a de subordinar, reduzir e explicar as ideias presentes no discurso do ator e no documento da política como produto de um cálculo racional, como um constructo determinado por um uso instrumental. Portanto, considerando todas as ideias naquele tipo específico que Campbell chama de “enquadramento”.

Levar em conta não só essas duas, mas o conjunto desses tipos de ideias apresentadas por Campbell ajuda-nos a analisar o tema de modo mais amplo e complexo compreendendo que, além dos interesses, os imperativos normativos e cognitivos são elementos que a sociologia (JOHN, 2003; CÔRTES; LIMA, 2012) vem há algum tempo mostrando que são decisivos na análise de políticas públicas e de atores e dos grupos sociais. Barcelos, a partir de obras de Max Weber e Anthony Giddens, destaca que os “atores agem movidos por interesses, mas também por suas crenças e visões de mundo, construídas ao longo de seu processo de socialização (BARCELOS, 2015, p 43) e que

as ideias dão suporte a crenças, visões e percepções sobre como o mundo deve funcionar. Baseando-se em obras de Paul Sabatier afirma que os indivíduos filtrariam suas percepções por meio de seus sistemas de crenças e tenderiam a aceitar informações que reforcem as mesmas e ignorar aquelas que as desafiassem. As ideias são também então constitutivas dos interesses e não estão somente em posição de serem eleitas por eles para serem usadas para algum fim.

Com esses referenciais analisamos a PNAB-2017, incluindo na análise discursos que buscaram justificar as mudanças e também idéias associadas às mudanças mais importantes em instrumentos de política. Consideramos “mais importantes” aquelas mudanças com maior efeito potencial imediato na ação e comportamento dos gestores municipais e que, como dissemos acima, estavam relacionadas ao estabelecimento/mudança de premiações e coerções na regulamentação da PNAB. É uma escolha dentre outras possíveis, mas é a que fazemos prioritariamente nessa análise.

ANÁLISE E DISCUSSAO DAS PRINCIPAIS MUDANÇAS DA PNAB 2011 PARA A PNAB 2017

A PNAB como texto de “recomendações”

Dado o modo como delimitamos nosso objeto e por tudo que foi discutido na seção anterior, não nos deteremos na análise da PNAB como um texto que apresenta uma série de diretrizes, referenciais e conceitos que buscam apontar certa imagem da AB desejada. Uma parte do texto, sem dúvida a maior parte na PNAB desde sua primeira edição em 2006 (BRASIL, 2006), tem para os municípios uma dimensão mais de “conceituação”, “orientação” e “recomendação”, mas que muitas vezes não está associada a uma normatização que seja efetivamente um instrumento de política pública.

O que nossa Constituição define acerca da autonomia dos entes na federação trina brasileira impede que qualquer esfera executiva de governo determine ações e obrigações a outra, ou seja, nem união, nem estados, nem municípios pode impor obrigações a qualquer outro. Assim, mesmo que na PNAB esteja escrito “tem que ser feito isso” e “deve se observado aquilo”, se isso não estiver associado à, por exemplo,

uma sanção que o MS possa fazer legalmente (prevista em alguma lei) ou a um critério ou condição necessária para que o município acesse um incentivo financeiro do MS, é apenas uma recomendação que pode ser ou não considerada e seguida pelo gestor municipal e que, de outro lado, pode ser feita ou mesmo já estar em vigor independente e sem necessidade da recomendação nacional.

Em outras palavras, da perspectiva do gestor municipal, não estabelece nenhum incentivo, nem condiciona um comportamento à concessão de algo, nem impede ou o obriga a fazer algo. Os atores municipais que têm responsabilidade pela execução da ação podem até executá-la se a recomendação conseguiu convencê-los e se dispõem de todos os recursos e condições necessárias para efetivá-la. Caso contrário, os atores municipais podem não realizar a ação recomendada, fazer diferente e até mesmo fazer algo inverso ao proposto.

Talvez o caso mais característico e caricato dessas recomendações sem consequências efetivas é a parte dedicada na PNAB ao financiamento tripartite da AB: que não está associado a nenhum instrumento de política pública, que não estimula e nem determina que união, estados e municípios tomem qualquer medida relacionada a isso e que não impediu sequer que o próprio governo federal reduzisse nesse período o financiamento da AB repassado aos municípios em valores reais, ou seja, descontada a inflação.

Mas existem vários outros exemplos. Quando a PNAB-2017 trata do fortalecimento do papel das UBS como espaço de formação, dos mecanismos de microregulação e da “qualificação do processo de trabalho na AB”, da valorização dos profissionais da AB, da integração da AB com a atenção especializada, da possibilidade do usuário se vincular a mais de uma equipe etc. (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b). Todas essas recomendações que, na PNAB-2017 e até o momento, não vieram acompanhados de novos instrumentos de política pública. Contudo, como dissemos antes, são medidas e processos que podem ser levados a cabo pelos municípios independentemente e sem necessidade da PNAB-2017 tratar deles ou não.

Assim, entendido que essa parte da portaria não determina a ação do gestor municipal e que o gestor federal não pode simplesmente dizer a ela “levanta e anda” (a apelidada estratégia São Lázaro) e ela começar a “acontecer” no país, por tudo que destacamos na seção anterior, reafirmamos que esse não é o foco de nosso trabalho. Contudo convém fazer apenas algumas observações panorâmicas sobre o tema.

Sobre esse aspecto de “texto de recomendações” a mudança da PNAB-2011 para a PNAB-2017 é incremental: preserva a maior parte do texto e atualiza conceitos da PNAB-2011 (que, por sua vez, fizera o mesmo com a PNAB-2006) e incorpora outros conceitos de outras ações e políticas nacionais.

Exemplos desse último caso acontecem quando a PNAB trata de acolhimento, processo de trabalho das equipes, relação da AB com a vigilância e promoção da saúde entre outros. Incorpora elementos que foram definidos como “padrão de qualidade” (PINTO; SOUSA; FERLA, 2015) no PMAQ, como aqueles relacionados ao acesso, à gestão do cuidado, à participação do usuário, ao padrão visual interno da UBS entre outros. Ou ainda elementos trabalhados em processos formativos tanto do DAB quanto da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), como no curso de apoio matricial para Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o de segurança do paciente e de gestão do cuidado para as equipes. Estes elementos ganharam na PNAB-2017 o formato de texto como recomendações e afirmações de certa imagem do que seria a AB desejada.

Mas também há mudanças como, por exemplo, na incorporação de ideias utilizadas na literatura internacional sobre gestão da AB, em especial, naqueles casos nos quais isso é realizado por meio da contratação pelo ente público de um serviço, seja ele executado por um agente público ou privado. Assim um conjunto de signos que compõem a gramática dessa literatura, que tem origem nos campos de administração e gestão pública e privada, são incorporados na PNAB-2017 como conceitos, ideias-força e até mesmo como possíveis instrumentos de política pública, como destacaremos mais à frente quanto tratarmos dos denominados “padrão essencial” e “padrão ampliado”.

Interessante notar que, se utilizássemos a tipologia de Campbell (2002), temos a clara influência de ideias de certa “cultura mundial” sobre o tema que traz “estruturas normativas” que, embora possam não ser incompatíveis com a “visão de mundo” e os “paradigmas normativos” ainda hegemônicos na PNAB e relacionados com a saúde coletiva e movimento sanitário brasileiro, têm um grau de conexão com “paradigmas normativos” relacionados a outras “visões de mundo” a ponto de ter gerado estranhamento e muitas críticas e reações daqueles mais identificados com o movimento sanitário. Uma leitura, mesmo que superficial, em textos publicados por organizações e sujeitos identificados com esse movimento nos revela isso com uma clareza impressionante, exemplos disso são os posicionamentos das três organizações mais

importantes desse movimento ABRASCO, CEBES e Rede Unida (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA REDE UNIDA, 2017; ABRASCO; CEBES; ENSP, 2017), de instituições como a Fundação Instituto Oswaldo Cruz e tantas outras de estudiosos e militantes do SUS que inundaram as redes sociais na segunda metade de 2017.

Dito isso, passemos agora à análise da normatização na PNAB-2017 que está relacionada efetivamente a instrumentos de políticas públicas.

A PNAB como norma que recepciona outras normas já instituídas antes dela

É importante destacar que algumas mudanças na PNAB-2017 são só mudanças em relação à portaria PNAB-2011, mas não em relação à normatização nacional da política de AB feita também por meio de outros instrumentos normativos. Essa distinção é importante porque algumas “novidades”, “avanços” e ou “mudanças” da PNAB não são de fato, levando-se em conta a política pública vigente até então.

Contudo, também não é o objetivo desse texto inventariar o que a PNAB-2017 recepciona e incorpora em sua norma de outras normatizações nacionais com efeitos na AB que não estavam contidas na PNAB-2011. Mas é importante exemplificar o fenômeno que tratamos. O que a PNAB-2017 traz sobre a informatização e o direito de cada ente à informação trata-se de uma recepção com aperfeiçoamento de outras portarias que instituíram e regulamentaram o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) e a estratégia e-SUS. Essa então não seria uma mudança instituída pela PNAB-2017 na medida em que as normas já existiam e seus efeitos já estavam vigentes.

É importante que se diga que uma incorporação assim não é inócuia. Pode promover uma qualificação discursiva e uma melhor explicitação do sentido dessas normas, pode destacar e valorizar as mesmas colocando-as no texto mais importante que disciplina a política de AB no país, pode inserir elementos dessa norma na imagem da AB desejada, mas não há aí mudança ou criação de instrumentos de políticas públicas destinados a alcançar novos objetivos.

Compreendido esse elemento, sigamos rumo às análises que elegemos como as mais centrais nesse trabalho.

Silêncios na PNAB que funcionam como mudanças efetivas em instrumentos de política pública - o caso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

A PNAB, em sua dimensão de normatização da AB, apresentou alguns “silêncios” bastante ruidosos, uma vez que não se conseguiu esconder seus objetivos com efeitos tão evidentes e significativos. Vamos a alguns exemplos relacionados aos ACS.

As PNAB-2006 e PNAB-2011 estabeleciam o que era uma equipe de saúde da família (eSF), definiam que haveria incentivo financeiro específico para sua implantação e custeio e determinava um mínimo de profissionais e características para que aquela equipe, constituída pela gestão municipal, pudesse ser reconhecida como eSF e assim fazer jus ao financiamento. Como podemos ver, o poder de determinação do MS sobre a ação e comportamento da gestão municipal estava relacionado a um incentivo (premiação) que, para que fosse obtido, exigia o cumprimento de certas ações. Uma delas era constituir cada equipe com no mínimo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS, podendo ter cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal ou este e mais ainda o técnico de saúde bucal. Na parte que definia a “equipe específica” de ACS (obrigatoriamente ligada a uma eSF na PNAB-2011), determinava que o mínimo era de quatro ACS e o máximo de doze.

Na mudança da PNAB-2011 para a PNAB-2017 o dispositivo normativo que exigia o mínimo de quatro ACS foi suprimido permanecendo apenas o máximo de doze. Como o texto que disciplinava a eSF foi mantido, o efeito prático foi reduzir o número obrigatório de ACS de quatro para um, pois se é obrigatório ter e não se diz o número, esse número é no mínimo um.

Também era obrigatório que os ACS cobrissem 100% do território da equipe, ou seja, não poderia ter pessoa e família adscrita que não fosse coberta por ACS, tendo em vista os princípios do modelo da ESF defendidos desde 1996 e que vinham sendo aperfeiçoados nas PNAB-2006 e PNAB 2011. Contudo, em 2017, essa normativa foi substituída pela obrigação de cobrir somente a população “vulnerável”, sendo que o texto se silenciou sobre os critérios que definiriam essa situação. Agora cada gestor pode definir isso livremente e sem necessidade de nenhuma justificativa técnica. Inclusive pode dizer que não há população vulnerável na área. Até então, a combinação de três normativas das PNAB 2006 e PNAB-2011 - o mínimo de quatro ACS, a obrigação de cobrir 100% da população e a determinação de que cada ACS poderia cobrir no máximo 750 pessoas - fazia com que a média de ACS por eSF fosse de seis,

por isso o Brasil chegou a ter mais de 250 mil ACS com 42 mil eSF. Agora duas dessas normativas foram revogadas e são diversos os efeitos possíveis decorrentes dessa mudança no comportamento da gestão municipal ou afetando os próprios trabalhadores, o processo de trabalho da equipe e também a saúde da população. Citaremos alguns deles.

Podendo reduzir a um o número de ACS por eSF sem restrição ou necessidade de justificar, o gestor municipal poderá ceder à pressão de “ajuste” para o corte de gastos. E há forte tendência nesse sentido tendo em vista três fatores que se somam: o valor repassado pelo governo federal é inferior ao gasto que o gestor municipal tem com os ACS mesmo que ele pague somente o piso e não garanta nenhum outro benefício (vale-alimentação, abono de férias, auxílio protetor solar, insalubridade, etc.); há uma importante insuficiência de recursos nos municípios no contexto de uma crise econômica cada vez mais grave; e o governo federal tem reduzido o repasse de recursos aos municípios para a saúde em geral e para a AB em particular.

Se em um primeiro momento o incentivo para ACS especificamente e eSF como um todo pode ter sido um indutor justamente pelo recurso federal custear a maior parte do gasto da gestão municipal com a implantação e custeio, essa não é a realidade mais. Especialmente após a aprovação do piso salarial em 2014, quando o incentivo igualou à remuneração bruta do piso deixando os gastos com os encargos trabalhistas para gestão municipal. Assim, mesmo naqueles casos nos quais se remunera somente o piso sem nenhum benefício, o gasto da gestão municipal é quase 40% do custo. Deste modo, cada vez mais exigindo complementação, o incentivo deixou de induzir a expansão. E agora, a PNAB-2017, transforma em uma opção de corte de gastos a possibilidade de reduzir a “contrapartida” municipal com a redução de ACS mantendo o restante do recurso da eSF.

Com efeito, a perspectiva é de redução da quantidade de ACS via demissão dos mesmos. Se é evidente o que isso pode representar na vida de dezenas de milhares de trabalhadores e trabalhadoras formados exclusivamente para atuar no SUS, ainda mais em um contexto de recorde de níveis de desemprego, precisa dar evidência ao efeito dessa medida no processo de trabalho da eSF. Em uma equipe sem cobertura integral de ACS os demais profissionais da equipe não podem, a priori, contar com os mesmos para determinados usuários e famílias para complementar/desenvolver ações de educação em saúde, apoiar a adaptação à nova prescrição de medicamentos, ajudar no processo de

fortalecimento do auto-cuidado e da rede social de apoio, promover e acompanhar a adesão ao plano de cuidado, ou ainda monitorar o surgimento de sinais de risco que recomendem o retorno do usuário ao serviço. Muda-se assim o processo de trabalho e modelo de atenção na ESF, pois para alguns usuários e micro-áreas sequer teria condições de fazer busca ativa de uma usuária com exame de colo de útero alterado exigindo medidas outras que, inclusive, a PNAB-2017 não trata. Afinal, para a população que não tem ACS, como se organizam essas ações? O técnico de enfermagem que mal dá conta dos serviços internos na UBS ou de fazer curativos no território assumiriam toda essa demanda? A PNAB-2017 e o discurso oficial silenciam sobre isso.

Então, somente para alguns cidadãos e famílias o modelo poderia seguir sendo aquele que, contraditoriamente, a PNAB-2017 reafirma discursivamente com ação no território, educação em saúde, visita domiciliar, promoção da saúde e vigilância e com a ação da equipe e do ACS estendida para além do consultório e da unidade de saúde.

Vale concluir esta seção reforçando que, com o objetivo de camuflar a mudança, a PNAB-2017 simplesmente supriu partes do texto e, portanto, não tratou do assunto nem mesmo nas declarações e textos que buscavam justificar as mudanças da “revisão da PNAB”. E isso produziu um vácuo normativo e também discursivo ou “de recomendação” na PNAB-2017.

Na seção seguinte trataremos da análise das razões da PNAB-2017 e dessas mudanças, por hora, sigamos com a análise das mudanças em si e de seus efeitos.

A PNAB como norma que altera, cria ou anuncia a criação posterior de instrumentos de políticas públicas – o caso da despriorização da ESF e potencial retorno da proposta de atenção primária seletiva e restrita

A PNAB-2017 promoveu algumas mudanças de caráter mais administrativo com importância localizada e sem repercussão geral, como por exemplo, mudanças no cálculo de cobertura, quando passou a considerar os “pontos de apoio”, e redefinição de regras com prazos entre o credenciamento de eSF e a implantação das mesmas para fins de recebimento do financiamento federal. Contudo uma mudança muito importante e com muitos efeitos no modelo de atenção proposto para a AB no país é o fim da

exclusividade da indução financeira para a implantação e custeio das equipes da ESF. E é sobre essa medida que dedicaremos a maior parte desta subseção.

A literatura (SOUZA; HAMANN, 2009) mostra que dificilmente o Brasil teria sequer a maioria de seus municípios com eSF – que dirá a expressiva marca de 98% dos municípios do Brasil com eSF alcançada no início de 2016 quando o PMM alcançou seu patamar máximo de cobertura - caso em meados dos anos 90 não tivesse havido a decisão de priorizar esse modelo e criar uma indução financeira (premiação) que estimulasse sua implantação e co-financiasse seu custeio. Decisão que foi reforçada desde então até a vigência da PNAB-2011 - fase na qual teve expressivo aumento do financiamento (PINTO, 2018) – e que agora é parcialmente abandonada.

De modo inédito, a PNAB-2017 passa a reconhecer como “equipe”, para fins de financiamento, um agrupamento de profissionais - técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos de qualquer especialidade e que podem variar de um profissional de cada categoria destas até três que juntos somem 40 horas (dois de 12 horas e um de 16, por exemplo) não tendo a necessidade dos regimes de cada um deles serem compatíveis – sem estabelecer qualquer diretriz que possa apontar um modelo ou modo de funcionamento da equipe.

O argumento utilizado para justificar esse financiamento por meio de incentivo específico no Piso de Atenção Básica (PAB) Variável foi o de que o Brasil é diverso, era necessário reconhecer essa diversidade e “flexibilizar” os tipos de equipes e que esta seria uma estratégia para ampliar cobertura para atender aquele 25% da população que ainda não estava coberta pela AB no país (CONASEMS; CONASS, 2017; BRASIL, 2017b). Essas justificativas trazem contradições evidentes, vamos a algumas delas.

Uma política que pretende financiar e estimular um “não modelo”

Em primeiro lugar, o desenho da “nova equipe” não aponta um modelo, e sim um “não modelo”: diz-se o que ela não é - uma eSF -, mas não diz o que ela é. Como essa normalização “flexível” contribuiria para a operacionalização dos princípios reafirmados na PNAB-2017? Logicamente, um agrupamento com essa quantidade de profissionais e diversidade de cargas horárias deverá ter muita dificuldade de conseguir se encontrar na unidade de saúde para reunir e atuar como equipe, planejar e desenvolver as ações “recomendadas” pela PNAB-2017. Profissionais que não estarão

disponíveis ao longo da semana terão mais dificuldades de realizarem o primeiro contato e produzirem vínculo com os usuários. Profissionais que não precisam ser generalistas ou especialistas (o médico em medicina de família e comunidade e os demais em saúde da família) podem constituir um grupo que, mesmo considerando em seu conjunto de até 9 profissionais, não tenha competências reunidas para cuidar dos problemas mais prevalentes das pessoas de ambos os sexos e todos os ciclos de vida (diferentemente da equipe parametrizada do PMAQ na qual é obrigatório compor minimamente generalista com outras especialidades ou clínico com pediatra e ginecologista).

Uma “equipe” que não tem ACS e nenhuma diretriz concreta (só recomendação) para atuação no território aponta menos para o modelo defendido por todas as PNAB e muito mais para o superado modelo da “consultação” (SCHRAIBER et al., 1993), restrito à unidade de saúde, sem ação no território, sem cuidado longitudinal e integração com ações de prevenção e promoção. Assim, essa “nova equipe” tem o potencial de dificultar a operacionalização de princípios e diretrizes que a PNAB-2017 reafirma discursivamente, mas fragiliza normativamente.

Uma política que escolhe instrumentos que se mostraram insuficientes para expandir cobertura e fragiliza aqueles que mostraram ter efeito.

Em segundo lugar, é importante compreender que, conforme mostra a própria experiência nacional recente, a medida – financiar equipes não eSF por si - é uma solução inadequada para enfrentar o desafio de expandir a cobertura para os 25% da população que ainda não estão cobertos.

A literatura tem relacionado as dificuldades de expansão da cobertura com a insuficiência do financiamento – associada à crescente necessidade do gestor municipal ter que aportar recursos para viabilizar essa expansão - e à disponibilidade de médicos para compor as equipes (MACIEL FILHO, 2007; GIRARDI, 2011; CARVALHO; SOUSA, 2013; PINTO et al 2017; PINTO, 2018).

O tema do financiamento será abordado na seção seguinte com o objetivo de realizar uma análise mais ampla e identificar as principais razões que explicam a PNAB-2017. Contudo, vale destacar que mesmo com o expressivo aumento do repasse de recursos federais para a AB ocorrido no período de 2011 a 2013, antes da criação do PMM, a

cobertura não havia conseguido sair da estagnação na qual se apresentava desde 2008 (PINTO et al. 2017; PINTO, 2018). O aumento dos recursos, por si só, não é condição suficiente para expandir equipes e ampliar a cobertura, mas a falta deles pode obrigar gestores municipais a fecharem serviços e, assim, reduzi-la.

Com relação à dificuldade de se ter médicos disponíveis para atuação na AB em geral e na eSF em especial, considerando a escassez de médicos no Brasil (GIRARDI, 2011; PINTO et al. 2017) e a não predileção dos mesmos em atuar na AB do SUS (DMB, 2013), o Governo Federal tomou algumas medidas nos últimos anos para tentar expandir a cobertura e, com exceção do PMM, nenhuma teve resultado significativo (MACIEL FILHO, 2007; CARVALHO; SOUSA, 2013; PINTO et al. 2017).

A chamada “flexibilização” da carga horária para os médicos nas eSF, com o objetivo de tentar preservar o modelo da ESF em áreas com dificuldade de atração e fixação de médicos, foi tentada para evitar a redução de cobertura e mesmo, quiçá, ampliar em áreas nas quais não se estava conseguindo expandir. Após 2 anos de vigência da medida, em 2013, menos de 1 mil equipes dentre as 32 mil (dados fornecidos pelos MS) tinham a carga horária “flexibilizada” sendo que a maioria delas não eram novas eSF e sim adequações de carga horária de eSF já existentes.

Além disso, o desenho padrão da AB tradicional demanda ainda mais médicos porque em lugar de um generalista ou médico de família, para garantir a atenção de todos os ciclos de vida e gêneros, seriam necessários no mínimo um ginecologista, um pediatra e um clínico com carga horária estimada de 60 horas para equivaler a um médico de família (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2013). Um equívoco em um país no qual a insuficiência de médicos e especialistas tem trazido dificuldades para os gestores terem esses profissionais mesmo nas urgências, maternidades e até mesmo hospitais no interior do Brasil, que costumam ter vínculos, cargas horárias e remunerações por hora mais flexíveis e atrativas que a AB. Por isso, buscar usar essa estratégia para expandir equipes em áreas e comunidades naquele 25% da população ainda não alcançada pela AB, não parece ser uma alternativa razoável.

Contradicoriantemente ao discurso que tenta dar suporte à PNAB-2017 (BRASIL, 2017a), que valoriza e entende que a “flexibilização” é um modo de aumentar a adesão de profissionais à AB e por isso coloca isso como um elemento forte nas “novas equipes” não eSF, convive com uma ação normativa concreta do MS proibindo justamente essa possibilidade à ESF (modelo que, discursivamente, a PNAB-2017 diz ser prioritário)

quando a PNAB-2017 revogou a previsão de diferentes regimes de carga horária que, como dissemos, na PNAB-2011 foram permitidas. Ora, se a “flexibilidade” de cargas horárias nas equipes é um fator considerado pelo formulador de política “atrativo” para os profissionais, o que explica a intenção de tornar mais atrativa a não eSF e proibir a flexibilidade da eSF ao invés, então, de estender essa flexibilidade aos demais profissionais, nas eSF? Adiante trataremos desse tema também. De ante mão é importante reforçarmos que a “flexibilização” tal como foi regulamentada (ou desregulamentada) fragiliza os princípios da AB conforme apontamos anteriormente.

Contradições à parte, o que concluímos com tudo o que foi tratado é que se o objetivo do Governo Federal fosse realmente ampliar a cobertura, de um lado, reforçaria e ampliaria o número de médicos e cobertura do PMM - mas ao contrário, tem reduzido a quantidade de médicos para abaixo dos 18.240 que chegou a ter um dia -, de outro, não reduziriam o co-financiamento federal como tem feito progressivamente.

Por fim, é importante notar que a cobertura da chamada AB tradicional, alvo maior do novo financiamento previsto na PNAB-2017 tem sido estável com tendência de queda: mostra um comportamento de modelo que foi substituído, mas que mantém uma quantidade residual em leve queda. Provavelmente condicionada pela velocidade de saída de profissionais (aposentadorias inclusive) que em grande parte fazem parte do quadro se servidores municipais concursados antes da adoção progressiva pelos municípios do Brasil da ESF como modelo prioritário. De 2008 a 2013, segundo os dados do próprio MS, a cobertura da AB tradicional reduziu de 13,8% para 13,1%. Após a criação do PMM, houve um processo de substituição dessas equipes por eSF e a queda acelerou de 13,1% para 11,3% de cobertura no mês de publicação da PNAB-2017. Atualmente, em abril de 2018, esse valor era de 11%.

Considerando a realidade de setembro de 2017 (mês de publicação da PNAB-2017), somente 933 municípios (17% do total do país) teria mais de 2 mil pessoas cobertas por equipes não eSF e, portanto, com condições de compor uma “nova equipe tradicional” conforme previsto na PNAB-2017 e na regulamentação desse tema na Portaria 1808 (BRASIL, 2018). Se todos os municípios cadastrassem todas suas equipes não eSF o Brasil teria aproximadamente 11.751.

Uma política que pretende financiar aquilo que as avaliações do próprio Ministério mostraram ter menos qualidade caso o parâmetro seja o que a própria PNAB recomenda

Em terceiro lugar, é preciso analisar qual a política de indução de modelos de atenção e financiamento de equipes que estava vigente até então e o que mudou com a PNAB-2017. Até a criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso da Qualidade-PMAQ (PINTO; SOUSA; FERLA, 2015) e a PNAB-2011 o município recebia os recursos do PAB fixo baseado no valor per capita e com ele podia custear qualquer ação e serviços de AB. Mas recursos específicos para indução da implantação e de custeio de equipe só o incentivo para as eSF do PAB Variável. A política de AB de meados dos anos 90 até a PNAB-2011 investiu na mudança do modelo de atenção apostando na ESF e financiando a priori equipes com essa modelagem.

A criação do PMAQ e a PNAB-2011 trouxeram mudanças incrementais nesse aspecto. De um lado, ampliaram-se as equipes que eram induzidas com modelagem determinada e financiadas a priori: foram agregadas na PNAB-2011 as eSF ribeirinhas, unidades e equipes fluviais e equipes dos Consultórios na Rua. De outro, o PMAQ ampliou o financiamento de equipes - mediante um processo que condicionou esse financiamento à adequação/implementação de padrões de qualidade, realização de processos de avaliação e ação e gestão local da mudança – buscando promover modificações - no processo e condições de trabalho das equipes, na atenção à saúde oferecida por elas e na gestão da educação e do trabalho dos profissionais de saúde - que aproximasse mais as equipes das diretrizes e do modelo recomendado pela PNAB (PINTO, SOUSA, FLORÊNCIO, 2012; PINTO; SOUSA; FERLA, 2015).

Nesse novo desenho de financiamento as eSF e também equipes não eSF poderiam receber mais recursos do PAB Variável – componente de qualidade - proporcionalmente ao desempenho alcançado ao fim do processo de avaliação. A eSF poderia fazer adesão a priori ao programa, as equipes não eSF precisavam antes se adequar a parâmetros que buscavam garantir minimamente a territorialização, cadastro da população, utilização de sistema de informação, constituição de um equipe de trabalho multiprofissional com carga horária de profissionais minimamente compatível para conseguir produzir vínculo e atender as pessoas em todos os ciclos de vida (crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos de ambos os sexos) (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). Assim que cumpriam esses elementos e aderiam tornavam-se então “equipes parametrizadas”

(BRASIL, 2013) e passavam a avaliadas juntamente com as eSF, só recebendo o componente de qualidade caso apresentassem desempenho na média ou acima da média observada no conjunto das equipes participantes, eSF e não eSF.

O fato é que nos 6 anos de PMAQ que antecederam a PNAB-2017 o desempenho das equipes não eSF foi insatisfatório. Das potenciais 11,8 mil equipes não eSF que com a PNAB-2017 poderão se cadastrar e receber recursos, somente 231 (menos de 2%) tiveram a intenção e condições de aderir ao PMAQ (3º ciclo) cumprindo aquele mínimo exigido no programa. Na última avaliação publicada do PMAQ (2º ciclo), o desempenho das mesmas foi muito inferior à média do conjunto das eSF, sendo que somente 12 (número absoluto) foram avaliadas como “muito acima da média” e quase metade recebeu a pior avaliação: qualidade “insuficiente”. Ou seja, o PMAQ repetiu com bastante contundência o que a literatura já mostrava: que o modelo da ESF tem melhores resultados e é mais custo-efetivo que a AB chamada de tradicional.

Contudo, inexplicavelmente (apenas se analisarmos do ponto de vista “técnico” ou de “boas práticas de gestão”) o MS que fez essas mesmas avaliações, propôs, em um momento de escassez de recursos, destinar o recurso que a AB teria “a mais” a essas equipes com resultados insatisfatórios. Recursos que representam 7,6% do que hoje é gasto com as eSF, se considerarmos os critérios apresentados na Portaria 1808 de 2018, e que, portanto, poderiam ser usados para amenizar a defasagem de 36% do valor real do incentivo por eSF desde seu último aumento.

Contudo, analisar para onde vai esse financiamento, onde estão as equipes que serão custeadas, em quais municípios e estados, pode ajudar a construir hipóteses sobre as motivações dessa medida. Faremos isso na próxima seção.

Neste momento vale sintetizar apontando que a “grande proposta” da PNAB-2017 é investir (aportando todo o escasso recurso “novo”) em um não modelo que vem sendo substituído há 20 anos, que é residual, que é realidade na minoria dos municípios do país (menos de 18%) e que a literatura nacional e internacional e as avaliações do MS mostram que tem resultados piores e é menos custo-efetivo.

Uma política que induz uma AB mínima chamada de “essencial” e que pode promover o retorno da “atenção primária seletiva” dos anos 80

Por fim, cabe analisar uma controversa e questionável “proto-medida”, uma vez foi apenas mal delimitada e anunciada, mas ainda não conta com normativa que lhe dê qualquer consequência: a criação de um “padrão essencial” e um “padrão ampliado” a partir dos quais as equipes seriam distinguidas e, consequentemente, teriam que se adequar, a fim de receber um novo incentivo específico (mecanismo de premiação condicionada a ações e critérios).

Essa medida traz problemas importantes. Conforme a PNAB-2017, esses padrões seriam dispositivos normativos que descreveriam o que seria o mínimo que cada eSF teria que fazer em qualquer uma das condições (essencial ou avançada). Não está regulamentado o que acontece com a equipe que não fizer sequer o padrão mínimo e nem com a que fizer: a que não fizer deixaria de ser reconhecida como equipe de AB e deixaria de receber qualquer recurso de custeio específico ou a que atingir ganharia um recurso extra? A equipe que saísse do padrão essencial para o ampliado receberia mais recursos?

Independente dessas respostas é importante considerar que, em primeiro lugar, um gestor municipal só teria o interesse em fazer as mudanças, ampliar os serviços e se adequar aos padrões caso a mudança de padrão compensasse financeiramente, ou seja, o valor agregado ao que o MS repassa fosse maior que o custo que ele teria para fazer a mudança e adequação. Em segundo lugar, haveria toda uma dificuldade técnica e principalmente política para se definir qual o padrão essencial. Se a consequência de não conseguir sequer ser enquadrado no padrão essencial fosse o corte de recursos, por exemplo, haveria uma pressão política enorme para que esse padrão fosse ainda mais simplificado para que o mínimo de equipes fossem excluídas e para que o corte de repasse fosse o menor possível e atingisse o mínimo de municípios. Isso faria com o padrão essencial fosse nivelado por baixo, ou seja, abaixo do padrão/desempenho/oferta/escopo mínimo da esmagadora maioria das equipes do país.

Além disso, com o passar do tempo, a mudança normativa desse mínimo, incrementando serviços e aumentando o padrão de qualidade, teria custos elevados de negociação na medida em que representaria sempre o aumento do número de equipes e municípios “prejudicados”. Pela lógica de mudança da norma ocorrer em uma instância de governança – Comissão Integrestores Tripartite – com poder de veto (TSEBELIS, 2002) dos municípios, esse padrão tenderia a ser estático para favorecer sempre a inclusão de municípios e não a exclusão.

Em terceiro lugar, o sistema teria uma escala com dois ou no máximo três posições: abaixo do padrão essencial, no padrão essencial ou no padrão ampliado. E com a tendência de rebaixamento e estabilização do padrão essencial, provavelmente haveria uma distância importante entre o essencial e o ampliado colocando a maioria das equipes no padrão essencial.

Assim, com tudo o que foi dito, é um modelagem cuja tendência seria a conversão à média (no caso, à moda) e acomodação no padrão essencial sem indução à mudança e produção de efeito positivo. Aquele gestor com equipes já situadas no padrão avançado receberia os novos recursos sem precisar realizar nenhuma mudança ou melhoria. Aquele com equipes que teriam condições de ascender o padrão, ainda assim, analisaria o custo-benefício de empreender essas mudanças: se o repasse federal e saldo da mudança não fossem significativos, tenderia à acomodação. Aquele com equipes sem condições de ascender ou que considerou que a ascensão não era vantajosa, poderia passar a deixar de ofertar o que estivesse acima do padrão essencial, piorando o serviço que já oferta, já que não é obrigado e nem tem nenhuma vantagem em fazê-lo, apenas “custos extras”.

Ou seja, por tudo o que foi dito, a chance de promover restrição e piora do serviço é maior que a de promover melhorias e isso acontecendo em âmbito nacional poderia ser uma política pública que operacionalizaria a historicamente combatida “atenção primária seletiva” - um pacote de intervenções de baixo custo para controle de um número determinado de agravos (GIOVANELLA, 2008).

A modelagem de indução da qualificação das equipes vigente é o PMAQ que, comparando com o que descrevemos e analisamos sobre a proposta da PNAB-2017: proporciona um incentivo com 6 pontos de corte no qual, no mais baixo, a equipe não recebe nenhum recursos do componente de qualidade e, nos outros 5, os valores aumentam de 20 a 100% do valor de custeio repassado por eSF pelo MS; a diferença entre os pontos não é normativa e estática, é dinâmica, dependente da avaliação e quantitativa (feita por médias e desvios padrões); a elevação do padrão a cada ciclo é incremental para todos os pontos de corte e está relacionado ao desempenho médio, não dependente, portanto, das negociações políticas que condicionam a decisão como na proposta da PNAB-2017; apresenta uma menor distância e melhor relação entre o esforço e grau de mudança e possibilidade de aumento do recurso recebido (relação entre o feito e o efeito, essencial em processos de premiação de desempenho).

Tecnicamente, considerando as “ideais programáticas” em conjunto com experiências que temos na “cultura mundial”, a proposta parece ser uma má adaptação de instrumentos de política utilizados entre gestor/contratante/empregador e serviços/empregados para ampliação de escopo de ações e/ou contratualização de carteiras/pacotes de serviços nos quais, costumeiramente, são combinados elementos de premiação e coerção justamente porque o gestor detém algum poder sobre o serviço ou profissional. Não teremos tempo aqui de analisar as experiências internacionais ou mesmo nacionais (municípios e instituições) que utilizam instrumentos similares. Mas o que destacaremos é que nos parece bastante inadequado e pouco efetivo “transplantar” esses instrumentos para uma situação na qual: a relação não é entre contratante/gestor e serviços/equipe é entre entes, e em uma federação na qual um não exerce poder sobre outro; o sujeito que define e tenta induzir o padrão não oferta o serviço, não faz a gestão das unidades de produção e nem dos profissionais e, portanto, busca modificar os comportamentos de quem presta o serviço através da mudança do comportamento do gestor municipal, que, ele sim, teria que agir sobre os profissionais e serviços sob sua responsabilidade; a ação que pretende mudar o comportamento do gestor produz mais acomodação a um padrão rebaixado que indução de mudança.

Além disso, do ponto de vista da formulação de políticas públicas, o que justificaria sobrepor duas modelagens diferentes com o objetivo de financiar equipes baseando em seu desempenho e nos serviços que elas oferecem?

Mais um tema que abordaremos na próxima seção, que pretende ampliar o foco de análise para as políticas de austeridade e de desregulamentação do SUS para então analisar a PNAB-2017 na perspectiva de seus efeitos no financiamento da AB no Brasil buscando entender seus sentidos.

AMPLIANDO O FOCO DE ANÁLISE PARA TENTAR COMPREENDER SENTIDOS LATENTES DA PNAB 2017

Diversos autores da saúde coletiva e da análise de políticas recomendam analisar o processo mais amplo e global para conseguir compreender políticas setoriais e singulares (GERSHMAN, 1995; MULLER; SUREL, 2002; COSTA; DAGNINO, 2008). Muller e Surel (2002) alertam ainda para a importância de se analisar o sentido latente das políticas. Isto é, os objetivos não declarados que precisam ser identificados,

por exemplo, na relação entre seus instrumentos e efeitos e o contexto que engloba a política e nos imperativos normativos e cognitivos que compartilha com ações, políticas e discursos da área, do setor ou do sistema político mais geral (Governo Temer, em nosso caso). Além disso, para este fim é decisivo também analisar como a política se traduz em termos de uso e alocação dos recursos do fundo público. Para Merhy (1992) esta análise tem muitas vezes potência de revelar objetivos e prioridades não manifestas da política.

Com esse objetivo em primeiro lugar analisaremos, sinteticamente, a orientação das políticas de “austeridade” implementadas no Brasil após o impeachment/golpe de 2016 (SINGER, 2016) e relacionaremos isso com a política de saúde. Na sequência analisaremos a PNAB também como alocação e desregulamentação do uso do recurso público para buscar aí sentidos para medidas que, tecnicamente, mostraram não ter muito sentido.

A “Ponte para o Futuro”, a “Travessia Social, a Constituição de 1988 e o SUS

O documento “Uma Ponte para o Futuro” (FUG, 2015) foi lançado em 2015, em um momento no qual o processo de impeachment/golpe já havia iniciado, e apresentou as propostas do então Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) para uma gestão Michel Temer caso este assumisse a presidência da república. Trazendo de volta as propostas do neoliberalismo brasileiro dos anos 90 propôs: maior abertura ao mercado internacional com foco nos EUA; flexibilização trabalhista e outras medidas que também objetivam a redução dos custos da produção via redução da remuneração do trabalho (mais claramente: arrocho salarial, desemprego, terceirização e informalidade); política de “austeridade” com redução de recursos das políticas sociais e sua transferência para o pagamento de despesas da dívida pública e remuneração do capital financeiro; redução da ação do Estado, na economia e nos serviços; e amplo programa de privatizações e parcerias com o setor privado.

Defendeu ainda acabar com as vinculações constitucionais estabelecidas, incluindo a da saúde, e estabelecer um limite para as despesas de custeio inferior ao crescimento do PIB, por meio de lei: o que de fato foi feito ainda em 2016, após o golpe, com a aprovação da Emenda Constitucional 95 que congelou por 20 anos os gastos sociais no

país promovendo na prática uma revisão da Constituição de 1988 sem que tenha sido revisto os direitos garantidos na mesma.

Tratando das políticas sociais, o documento foi complementado por outro chamado “Travessia social” (FUG, 2016) lançado em 2016. Neste há clara proposta de focalização da ação do Estado com relação aos direitos sociais presentes na Carta Magna. A imagem apresentada no documento aponta para a focalização da assistência social e programas de transferência de renda para não mais de 5% da população (os excluídos do mercado), uma ação também focalizada do Estado em termos de políticas e serviços sociais (saúde, educação etc.) para os 40% mais pobres e os demais (a maioria, portanto) deveria comprar os serviços no mercado e o Estado buscar garantir que eles estivessem empregados. Um mercado ampliado na medida em que o documento afirma categoricamente que o Estado deve transferir para o setor privado tudo o que for possível identificando “oportunidades” de colaboração com o setor privado, compartilhando riscos operacionais e financeiros e estimulando aumentos de produtividade.

O Governo Temer tentou implementar um conjunto de mudanças nessa perspectiva. Citamos o caso do “teto de gastos”, também foram aprovadas a “Reforma Trabalhista” e lei das “Terceirizações”. Com relação ao tripé da segurança social, não teve êxito na aprovação da “Reforma da Previdência”, mas tem agido administrativamente reduzindo a cobertura da assistência social (incluindo o Bolsa Família) e reduzindo os recursos, programas e ações da saúde.

Na saúde, a proposta que o Governo Temer tentou operacionalizar foi, de um lado, a redução dos recursos do SUS em valores reais (o orçamento aprovado na lei orçamentária anual (LOA) de 2014 é 8% maior, em valores reais, que o aprovado na LOA de 2018), aumentando a crise de sub-financiamento do sistema e, de outro, o estímulo ao aumento de cobertura dos planos privados via flexibilização da legislação e desregulamentação também com o objetivo de criar uma modalidade “popular” com preços mais “acessíveis”. O governo federal, por meio do ministro da saúde, passou a estimular constantemente que a população adquirisse planos de saúde (EBC, 2016). O que não ocorreu, em que pese a aprovação da normatização dos “planos acessíveis”, uma vez que a cobertura de planos de saúde no Brasil reduziu (ANS, 2018), provavelmente devido ao aumento do desemprego e da informalidade e redução da renda do trabalho no país.

A insuficiência de recursos com a queda da arrecadação e redução dos repasses, em especial os da saúde, força que a gestão local do SUS procure focalizar a ação e que se veja ante a tarefa fazer escolhas de redução de gastos, de serviços e de pessoal.

É nesse contexto que podem ser mais bem compreendidas medidas como a desregulamentação do financiamento do SUS (BRASIL, 2017b) chamada pelo MS de “SUS Legal” ou conhecida como “unificação dos blocos” ou “caixa único”. Com essa portaria, em tese², os recursos repassados em cada um dos blocos de custeio (AB, atenção especializada, assistência farmacêutica, vigilância e gestão) não precisariam mais ser utilizados nas ações relacionadas ao próprio bloco. Não há definição de critérios de realocação, nem estabelecimento de parâmetros mínimos de cobertura, qualidade, oferta de serviços e etc. que protejam conquistas ou áreas historicamente subfinanciadas como a AB, por exemplo. Ou seja, se o gestor local não utilizar todo o recurso da AB pode utilizá-lo, por exemplo, na contratação de serviços privados para a realização de exames diagnósticos de atenção especializada. Assim, medidas que autorizem, facilitem e oportunizem a redução de “gastos” na AB permitem que esses recursos sejam usados em outras áreas.

Se de fato há quem defende a unificação dos blocos desde uma perspectiva principiológica de conferir mais autonomia à gestão local como parte do processo de descentralização da saúde e do SUS, há uma convergência mais ampla de discursos nessa linha (enquadramento), mas mobilizados por necessidades e interesses bem práticos (ideias programáticas) percebidos desde uma perspectiva municipal: com um gasto municipal cada vez maior que o repasse de recursos federais e com uma perspectiva de piora nos anos seguintes, pior para o gestor municipal é ter restrições (só poder usar no objeto “x”) associadas a exigências (ter que ter “w” profissionais, prestar “y” ações e a estrutura física ser do tipo “z”) para o uso dos recursos repassados, melhor é ter mais “liberdade” de decisão.

A próxima subseção detalha essa situação usando o caso específico da AB, analisa panoramicamente seu orçamento e oferta um modo de analisar a PNAB 2017 desde esse ponto de vista.

² Dissemos em tese porque esta seria a interpretação baseada somente nas portarias do Ministério da Saúde, porém, a Lei Orçamentária Anual 2018 prevê recursos federais no objeto Atenção Básica de modo que, ou se muda a Lei para o ano de 2019 ou tanto em 2018 quanto em 2019 estes recursos não poderão ser usados para outro fim por mais que a Portaria do Ministério autorize. A Lei, legalmente, é hierarquicamente superior a qualquer ato do Executivo, isso inclui decretos e portarias.

A PNAB como alocação e desregulamentação do uso do recurso público – em busca de sentidos

Para analisar a PNAB enquanto alocação de recursos do fundo público federal é importante compreender um pouco mais sobre a quantidade de recursos que o governo federal destina à AB. Temos empreendido análises que consideram quadriênios orçamentários coincidentes com os ciclos de governo para compreender e relacionar os mesmos com as agendas políticas dos grupos dirigentes (PINTO, 2018). Neste caso, analisaremos sempre o ano de 2014 e consideraremos 2018 quando tratarmos de orçamento (como fizemos acima quando tratamos no orçamento federal da saúde) e 2017 quando a análise for de execução financeira, uma vez que o orçamento de 2018 ainda está sendo executado no momento da escrita deste texto.

Em 2017 a execução do MS foi de 117,6 bilhões de reais e a da AB foi de 21,6 bilhões, o equivalente a 18,4% do total. A maior parte desse recurso foi repassada aos municípios, 17 bilhões (79%). Esses números, tanto em termos absolutos quanto proporcionais, têm reduzido no período recente, acompanhando a perda de valor real dos recursos da saúde como abordado anteriormente: o montante de recursos da AB executados em 2017 foi 14% menor que os valores de 2014 corrigidos pela inflação e, neste ano, a proporção de recursos alocados na AB foi 18,6% do total do MS (MS, 2018). Esses dados mostram que já há redução de recursos federais para a AB, em termos proporcionais e absolutos, e deslocamento de seu orçamento para outras áreas.

Quando analisamos a composição do orçamento da AB percebemos que as partes que sofreram efeitos mais diretos da PNAB-2017 representam quase metade de todo o recurso repassado pelo MS aos municípios em 2017 (48% aproximadamente): os recursos de custeio das eSF (incluindo as equipes de saúde bucal) representam aproximadamente 29% do total repassado e os relacionados aos ACS outros 19% (MS, 2018). As novas normas de uso que a PNAB-2017 definiu para praticamente metade dos recursos repassados pelo MS aos municípios apresentam tanto coerência com o imperativo de possibilitar a redução dos gastos também para a gestão municipal quanto com a unificação dos blocos de custeio na medida em que desregulamentam e reduzem as exigências no uso dos recursos federais de AB.

A mudança pode ser mais bem compreendida caso nos atentemos para algumas características do financiamento da AB no Brasil. Com a criação do incentivo de implantação e custeio das eSF no anos 90 no PAB Variável, o gestor municipal passou a ter duas opções: a- receber só o recurso do PAB-Fixo, pago em função da população do município, e arcar com os custos do modelo de AB que decidisse ter, ou b- adotar a modelagem proposta pela política de AB, que até a PNAB-2017 era a ESF, e passar a receber também os valores dos respectivos incentivos no PAB-Variável. Havia então clara indução financeira das eSF, incluídas as equipes de saúde bucal e de ACS. A PNAB-2011 e o PMAQ agregaram mais uma possibilidade combinável com quaisquer umas das duas opções anteriores: participar do PMAQ, com eSF e/ou equipes não eSF, e receber mais um incentivo, o de “Qualidade”, com valores definidos em função do desempenho da equipe em um processo de avaliação que buscava aferir o quanto a mesma conseguiu “concretizar” o modelo apontado e desejado na PNAB-2011 (PINTO, 2018).

Se em meados dos anos 90 o incentivo para a implantação e custeio das eSF cobriam a maior parte do gasto municipal, isso não é mais a realidade no período atual. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2013) mostrou que a parcela federal é pouco maior que a terça parte do gasto que o município tem com a AB, que raros são os estados que executam algum co-financiamento da AB que seja significativo e que mais da metade dos custos são assumidos pelo próprio município - justamente o ente da federação que recebe a menor fatia da tributação (18%). Contudo, entre a- ter o serviço e ter que complementar o custeio e b- não ter o incentivo e acabar sendo obrigados a reduzir os serviços, as decisões dos gestores municipais vinham tendendo ao primeiro caso e isso tem resultado em uma cobertura de aproximadamente 65% da população do país com eSF e só 11% com as equipes não eSF.

A PNAB-2017 tem a finalidade de abrir outras possibilidades para a decisão municipal e para o corte de gastos, serviços e profissionais em um contexto no qual o governo federal tem reduzido o repasse de recursos e a tendência é de piora, com a vigência da Emenda Constitucional 95. Tratamos delas a seguir, mas para comprehendê-las, é necessário lembrar algo que já foi discutido. Desde a criação do PAB até a PNAB-2017 os recursos da AB só podiam ser gastos na AB, mas a desregulamentação do financiamento e a possibilidade de utilizar os recursos da AB em qualquer gasto municipal de saúde incentiva o gestor municipal a ter um cálculo pragmático voltado ao

menor déficit: fazer o “modelo” com o melhor resultado contábil possível considerando o quanto o município gasta com ele e o quanto ele permite captar de recursos federais.

Como mostramos, os recursos repassados pelo MS para cada ACS são insuficientes para cobrir os custos que a gestão municipal tem com a contratação desses profissionais. Mas até a PNAB-2017, não era possível receber recursos para as eSF ou mesmo médico do PMM para compor uma equipe destas sem que tivesse no mínimo 4 ACS e cobertura de 100% da área, como foi apontado. Então, em nome de receber o recurso de custeio da eSF, mantinha-se o número de ACS necessários para cumprir as exigências. Com as mudanças na PNAB-2017 a gestão municipal pode reduzir a quantidade de ACS e “economizar” recursos. A possibilidade de integrar o território, prevista na PNAB-2017, e também as funções de ACS e de agentes de combate às endemias, relatadas como casos exitosos pelo discurso oficial, ampliam essa redução também a estes últimos permitindo assim “ajustes” no orçamento da vigilância municipal e não só na AB.

O valor repassado especificamente para uma eSF é no máximo a terça parte do custo de uma eSF. Uma equipe a- com profissionais especialistas em saúde da família, com dedicação de 40 horas semanais, com a responsabilidade de atender a pessoas de todos os ciclos de vida e gêneros, de realizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, trabalhar em equipe e atuar na UBS e no território tem obviamente um custo maior que outra equipe b- na qual se tenha liberdade para fazer qualquer composição de profissionais, com ou sem especialização, com cargas horárias variáveis e sem nenhuma das exigências que afetam a equipe “a”. A eSF precisa necessariamente ser uma “equipe a” e as equipes de AB não eSF previstas na PNAB-2017 podem ser uma “equipe b”.

A regulamentação desse tema pela Portaria nº 1.808 (BRASIL, 2018) previu um incentivo para as equipes não eSF no valor de 30% da eSF. A suposta “vantagem” da eSF desaparece quando “monetizamos” as exigências retratadas na diferenciação apontada acima entre “equipe a” e “equipe b” e também quando calculamos a diferença de gasto municipal entre uma equipe que precisa ter ACS e outra que não precisa ter nenhum.

Assim, por tudo o que foi colocado, não há mais na PNAB uma indução financeira da expansão da ESF. Há a continuidade (com perda de valor real da ordem de 36% desde o último aumento) de um incentivo que permite apenas a manutenção da cobertura que se tem em um município, caso o gestor admita continuar custeando a maior parte do valor, e há a introdução de um novo incentivo que acena para a possibilidade de substituição

da eSF por uma equipe não eSF ou, no mínimo, permite a aqueles que já têm esse tipo de equipe captar mais recursos para mantê-las. É semelhante a lógica do novo recurso previsto para custear os gerentes de UBS. Ele não tem capacidade de indução, uma vez que um valor mensal de R\$ 713,00 a 1.426,00 não estimula nenhum gestor a contratar um novo profissional para essa atividade, mas também cumpre o papel de permitir a quem já tem esses gerentes captar mais recursos.

Esses últimos elementos não são pouco importantes: quais são os municípios e estados que têm essas equipes não eSF e para onde, portanto, iriam os novos recursos garantidos pela PNAB? Seguir a destinação do recurso e mapear a importância política dos municípios e estados mais beneficiados nos mostrou ser um elemento essencial para compreender mais os atores e correlação de forças que ajudam a explicar a formulação dessa PNAB-2017.

Uma análise do porte populacional dos municípios beneficiados nos mostra que é uma política iníqua, concentrada e feita em benefícios dos grandes municípios e prejuízo dos pequenos. Os números são contundentes. Aproximadamente 70% dos municípios do Brasil têm até 20 mil habitantes e somente 5% tem mais de 100 mil. Enquanto 88% desses maiores municípios poderão receber algum recurso do novo incentivo, somente 5% dos menores terão essa oportunidade. A concentração é tal que os 56 maiores municípios beneficiados (1% do total do país) poderão ficar com mais da metade de todos os novos recursos.

A análise por estado não é menos iníqua e concentrada em benefício daqueles que são os mais ricos da federação. Das 11,7 mil equipes não eSF possíveis de serem constituídas em todo o Brasil mais de 8,5 mil estariam em municípios dos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Paraná, nessa ordem em termos do que teria mais equipes para o que teria menos. Esses 5 estados poderiam receber 72% de todos os novos recursos enquanto que os municípios do Nordeste (9,6%) e do Norte (6,2%) somados poderiam receber no máximo 16% dos mesmos.

É possível concluir que, considerando uma lógica mais macro e as demandas do sistema político mais geral, a PNAB responde a uma necessidade de redução de gastos sociais e é coerente com propostas da política de ajuste neoliberal, como retomaremos na conclusão desse capítulo. De um ponto de vista mais setorial, no subsistema da saúde (SABATIER; MAZMANIAN, 1980) onde atuam os atores que exercem a governança do SUS, a PNAB traz como solução a desregulamentação da AB que, associada à

desregulamentação do financiamento, permite reduzir gastos na AB e direcionar esses recursos para outras áreas, e promove uma distribuição do fundo público que atende a uma necessidade de compensação de gastos dos maiores e mais ricos municípios e estados em um contexto de acumulação de perdas por parte dos municípios e desgaste político por parte do MS.

CONCLUSÃO

Nesta seção fazemos uma síntese do que se concluiu ao longo de todo o capítulo a partir das análises feitas agregando ainda algumas novas sínteses que buscam atribuir sentidos mais gerais a essas mudanças.

Mostramos que é possível analisar a PNAB-2017 desde diversos pontos de vista. Em primeiro lugar, lê-la e analisá-la como texto de “recomendações” percebendo que a maior parte da mesma é composta por diretrizes e mesmo prescrições que não são acompanhadas de instrumentos de política pública que induzam, incentivem, premiem, obriguem, condicionem o gestor municipal a fazer algo ou mudar um comportamento. Nesta dimensão a mudança da PNAB-2011 para a PNAB-2017 é incremental: preserva a maior parte do texto, atualiza e incorpora conceitos. Mas também traz mudanças incorporando ideias oriundas de contextos que possuem visões de mundo, paradigmas cognitivos e estruturas normativas (CAMPBELL, 2002) razoavelmente diferentes daqueles hegemônicos no movimento de reforma sanitária brasileiro.

Em segundo lugar a PNAB-2017 é também uma norma que, de um lado, recepciona e incorpora determinações de outras normas e isso, embora não mude a legislação atual sobre a AB, parece ter o objetivo de fortalecer o sentido e a aplicação da normatização incorporada na AB. E, de outro, muda instrumentos de políticas públicas relacionados à implementação da AB no Brasil.

Parte dessas mudanças se dá por supressão de partes importantes das PNAB anteriores, sem que isso seja tratado no texto normativo ou justificado no discurso político daqueles que assumiram a formulação da política. O caso da supressão do mínimo de ACS por eSF e a mudança de conceito de cobertura dos mesmos para focalizar em uma população vulnerável que ficou sem critério operacional de delimitação do que é ou não vulnerável, podendo serem todos ou nenhum indivíduo, é o mais característico. Provavelmente, isso foi feito para “camuflar” a mudança e evitar conflitos políticos com

a categoria dos ACS e todos aqueles que têm defendido a importância dos mesmos no modelo da ESF brasileira. As mudanças têm impacto no processo de trabalho das eSF e podem resultar na redução significativa da quantidade de ACS em cada eSF e no país como um todo, com efeitos negativos no processo de trabalho da ESF, na saúde da população e na condição de vida de milhares de ACS que poderão perder seus empregos tendo que abandonar a profissão que é exclusiva do SUS.

Observando a história recente de empoderamento dos ACS e ACE e de conquistas como a regularização de sua profissão, a exigência legal de desprecarição dos vínculos e garantia do piso salarial, se pode crer que essas medidas fizeram parte de uma “contra ofensiva”: ante a obrigação de regularizar e concursar esses trabalhadores, tê-los estáveis e ainda ter que pagar um piso que podia ser aumentado em negociações entre a categoria e o Congresso Nacional, a “solução” foi eliminar os dispositivos legais que condicionavam o acesso a programas e recursos federais a ter ACS nos moldes tratados na PNAB-2006 e PNAB-2011 e, assim poder reduzir ou deixar de ter ACS sem maiores restrições.

Ainda dentre as mudanças normativas, a PNAB-2017 encerra um período de priorização e indução financeira do modelo da ESF como modo de organização da AB brasileira. Com um poder de indução cada vez menor dada sua desvalorização real, o incentivo para a expansão da cobertura via eSF não só não foi reajustado, como a modelagem de eSF foi enrijecida e o “recurso novo” previsto na PNAB-2017 foi para a criação de um outro incentivo para as equipes não eSF. Um cálculo racional, contábil e pragmático pode levar os gestores municipais a não só não expandir mais cobertura via eSF, como também fazer a substituição do modelo inversa ao que vinha acontecendo nos últimos 20 anos: converter a ESF no modelo da AB tradicional dominado pelas lógicas da consulta e modelo de queixa conduta tão criticados nos anos 80 (SCHRAIBER, 1993) e voltando a pleno vapor na modelagem privada das “clínicas populares”, em que pese sua evidente contradição e insuficiência ante as necessidades de saúde que emergem das transições demográficas e epidemiológicas por quais passam a população brasileira.

O discurso que buscou defender a destinação dos novos recursos ao financiamento das equipes não eSF apontou objetivos, tais como a expansão da cobertura e flexibilização para enfrentamento da escassez de médicos na AB, que a literatura e história recente mostram que não são alcançados com esse tipo de estratégia. Pior, o próprio governo tem fragilizado políticas e ações que vinham enfrentando com maior sucesso esses dois

problemas: o aumento do financiamento da AB e o PMM, em especial considerando o Eixo Provimento e o Eixo Formação para o SUS. Como sintetizamos antes, a maior mudança da PNAB-2017 é o investimento em um “não modelo” que vem sendo substituído há 20 anos, que é residual, que é realidade na minoria dos municípios do país (menos de 18%) e que a literatura nacional e internacional e as avaliações do próprio MS, como no PMAQ, mostram que tem resultados piores e é menos custo-efetivo que a ESF.

Em termos de estratégia de viabilização política da medida, em vez de adotar o “silêncio” como no caso das medidas que atingiram os ACS, neste houve uma preservação normativa associada a um reforço discursivo da importância da ESF, que foi importante para amenizar o conflito com toda a “rede de políticas” (CORTES; LIMA, 2012) que defende o modelo, mas que veio junto com: a retirada de condições e recursos importantes para a operacionalização do modelo, como tratamos quando abordamos os casos dos ACS, da defasagem do financiamento etc., e com a criação de incentivo financeiro viabilizando e reforçando uma alternativa à eSF que pode ser até substitutiva.

A criação de um “padrão essencial” e um “padrão avançado” é outra mudança que parece ser um transplante inadequado de instrumentos de política pública de municípios e de países que são Estados unitários para uma federação trina na qual o ente que define e financia o padrão não executa, gere e nem tem nenhum poder sobre os serviços e profissionais cuja medida almeja mudar o comportamento. Por tudo que foi tratado, a maior perspectiva da medida é a de promover restrição e piora do serviço, acomodação em um padrão de qualidade abaixo da média atual aproximando o mesmo da historicamente combatida “atenção primária seletiva” (GIOVANELLA, 2008).

Em terceiro lugar é importante analisar as mudanças na PNAB-2017 considerando a crise de financiamento do SUS – que ao histórico sub-financiamento teve acrescida a redução real de gastos em saúde por parte da União, a escalada do comprometimento proporcional dos recursos municipais e sua crise fiscal e a trágica perspectiva de futuro com a vigência da EC-95 que promoverá 20 anos de perda de valor real do gasto em saúde – e o grande esforço que o governo federal e CONASEMS fizeram para a aprovação da desregulamentação do financiamento do SUS.

Podemos sintetizar os objetivos pragmáticos da desregulamentação do financiamento na seguinte assertiva: com um gasto municipal cada vez maior, com um repasse federal

cada vez menor e insuficiente e com a perspectiva de piora nos anos seguintes, a tarefa mais imediata foi tentar livrar os municípios de restrições no uso de recursos, de obrigações quanto à organização dos serviços e aos resultados sanitários que implicassem em gastos de recursos para permitir tanto o corte de gastos quanto maior liberdade de remanejamento desses recursos “economizados”.

Considerada nesse contexto da EC-95, da redução de recursos das políticas sociais e do SUS, de perda de valor real e de peso proporcional dos recursos da União destinados à AB e da desregulamentação do financiamento, a PNAB-2017 assume a face de uma medida que desregulamenta a política nacional de AB permitindo que se cortem gastos em processos e serviços que representam a metade de todos os recursos repassados da União aos municípios. Tal objetivo, como foi dito anteriormente, interessa a atores que fazem a gestão do sistema de saúde no subsistema de políticas de saúde (SABATIER; MAZMANIAN, 1980) e estão pressionados a fazer cortes para que os gastos em saúde caibam em seus orçamentos em processo de retração.

Em quarto lugar e por fim, as mudanças são também funcionais – independente de serem ou não motivadas – a interesses, crenças, visões de mundo, paradigmas cognitivos e políticas públicas relacionadas à atualização do modelo neoliberal que tenta ser implementado no Brasil nesta quadra histórica e que pode ser trabalhado em sua dimensão mais geral no capítulo quando analisamos a “Uma ponte para o futuro” (FUG, 2015) e “A travessia social” (FUG, 2016).

Para além do corte de gastos, a redução do Estado prestador de serviços e garantidor de direitos na saúde assume a forma também de: redução da cobertura (populacional e de escopo de serviços) do SUS para possibilitar o aumento da demanda necessária para a expansão do setor privado via “planos populares de saúde” e “clínicas populares”; de terceirizar a gestão e prestação de serviços e intermediação de mão de obra para a iniciativa privada via empresas e outras instituições privadas como as organizações sociais; e liberar ativos públicos para uso concomitante do setor privado como, por exemplo, força de trabalho.

Assim, uma AB com padrão de acesso, escopo de serviços e qualidade rebaixada fortalece a disposição dos usuários em consumir serviços de saúde no setor privado. Uma resultado provável das mudanças normativas realizadas na PBAB-2017 e da redução de recursos financeiros e humanos, como tratamos ao longo do capítulo. A gestão de trabalhadores que podem ter suas cargas horárias fragmentadas, que não

precisam ser especializados e que podem ter sua atuação simplificada pode ser feita com ganhos de eficiência pelo setor privado na vigência da atual (contra) reforma trabalhista e da lei de terceirizações. O valor da hora de trabalho paga em uma clínica popular que se situa na periferia da cidade próxima a unidade de saúde cujos trabalhadores têm carga horária fragmentada e em um único turno podem trabalhar tanto na unidade pública quanto na privada provavelmente será menor que o custo dessa mesma mão de obra em uma clínica privada que precisa convencer o trabalhador a se deslocar para atuar exclusivamente na mesma.

Os motivos que levaram o Conselho Nacional de Saúde a se posicionar contra a PNAB-2017 não estão relacionados só ao fato do mesmo ter sido excluído ativamente do debate de sua formulação e de ter tido suas resoluções desrespeitadas pelo MS quando da publicação da portaria da política. Estão também relacionados tanto aos efeitos diretos da política quanto ao seu papel no contexto mais amplo de desregulamentação das relações de trabalho e do financiamento do SUS, de congelamento dos recursos da área social e da saúde e de ataque à concomitância dos princípios de integralidade e universalidade do SUS (CNS, 2017). E nisso a instância máxima de controle social do SUS se somou a importantes instituições do movimento sanitário brasileiro (ABRASCO; CEBES, 2017; REDE UNIDA; 2017) que também lutam pela revogação das mudanças feitas pela Portaria N° 2.436 na política nacional de atenção básica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO, CEBES E ENSP. Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica, 2017. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Dados Gerais - Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2008-2018), 2018. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA REDE UNIDA. Rede Unida se manifesta sobre a revisão da PNAB, 2017. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/en/comunicacao/news/rede-unida-manifesta-sobre-revisao-da-pnab/>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

BARCELOS, Márcio. Ideias, agendas e políticas públicas: um estudo sobre a área de biocombustíveis no Brasil. Tese de Doutorado. Porto Alegre. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização

da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº2488, 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 de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011a.

BRASIL. Índice de desenvolvimento do SUS (IDSUS). Cobertura estimada da população residente pelas equipes da atenção básica à saúde, 2011b. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/ficha1s.html>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

BRASIL. Manual instrutivo para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes de atenção básica) e NASF, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.

BRASIL. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL. Consulta PNAB, 2017a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2426>. Acesso em: 06 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1.808, de 28 de junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 27 de setembro de 2018, para dispor sobre o financiamento das Equipes de Atenção Básica - eAB e da Gerência da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB. Brasília, 2018.

CAMPBELL, J L. Ideas, Politics and Public Policy. Annual Review of Sociology, 2002, 28:21-38.

CARVALHO, MS; SOUSA, MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?. Interface (Botucatu), Dez 2013, vol.17, no.47, p.913-926.

CELLARD, A. A Análise documental. In: POUPART J, DESLAURIES JP, GROULX AL, MAYER R, PIRES A. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis; Editora Vozes; 2008. p. 295-316.

CONASEMS. Nota conjunta Conasems e CONASS sobre a reformulação da PNAB, 2017. Disponível em <<http://www.conasems.org.br/nota-conjunta-conasems-e-conass-sobre-reformulacao-da-pnab/>>. Acesso em: 06 ago. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Relatório do Grupo de Trabalho de Atenção Básica sobre as mudanças na política nacional de atenção básica. Mimeo, 2017.

CÔRTES, Soraya Vargas; LIMA, Luciana Leite. A contribuição da sociologia para a análise de políticas públicas. Lua Nova, v. 87, p. 33-62, 2012.

COSTA, Greiner; DAGNINO, Renato. (orgs). Gestão estratégica de políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora T+8, 2008.

DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL (DMB), v. 2 / Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. – São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013.

EMPRESA BRASILEIRA DE COMUNICAÇÕES (EBC). Ministro defende plano de saúde popular para aliviar gastos com o SUS, 2016. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-07/ministro-defende-plano-de-saude-popular-para-aliviar-gastos-com-o-sus>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

FRANÇA, Tania. (Org.). O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. 1ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; ObservaRH, 2011, v., p. 171-186.

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES (FUG). Uma ponte para o futuro, 2015. Disponível em: <<https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf>> Acesso em: 30 jun. 2018.

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES (FUG). Travessia social, 2016. Disponível em: <https://complemento.veja.abril.com.br/pdf/travessia%20social%20-%20pmb_livreto_pnte_para_o_futuro.pdf> Acesso em: 30 jun. 2018.

GERSCHMAN, Silvia. A Democracia Inconclusa: Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.

GIOVANELLA, Ligia. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, p. s21-s23, 2008.

GIRARDI, S. N. et cols. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: PIERANTONI, Célia Regina; DAL POZ, Mario Roberto;

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Nota Técnica nº15, de 06 de dezembro de 2013. Gasto com atenção básica das três esferas de governo: possibilidades e limitações das análises a partir de bases de dados orçamentário-financeiras. Brasília, 06 Dez 2013.

INGRAM, H; SCHNEIDER, AL; and DELEON, P. Social construction and policy design. In SABATIER, P.A. (org), Theories of the policy process, Cambridge, M.A.: West view Press. 2007.

JOHN, Peter. Is there life after policy streams, advocacy coalitions, and punctuations: Using evolutionary theory to explain policy change?. Policy Studies Journal, v. 31, n. 4, p. 481-498, 2003.

MACIEL FILHO, R. *Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro*. 2007. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/Tese_Romulo_Maciel.pdf>. Acesso em: 30 jun 2018.

MAY, Tim. Pesquisa social: questões métodos e processos. 3º Ed. Porto Alegre: ArtMed. 2004.

MERHY, E. E. A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Relatório Anual de Gestão (RAG) 2017. Brasília, 2018. p.106.

MULLER P; SUREL Y. A análise das políticas públicas. Pelotas: Educat, 2002.

PINTO, H.A.; SOUSA, A; FLORÊNCIO, A.R. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. RECIIS: Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde, Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., ago. 2012.

PINTO HA, SALES MJT, OLIVEIRA FP, Brizolara R, FIGUEIREDO AM, SANTOS JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg. saúde debate*. 2014; 51: 105-120.

PINTO, Héider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves de; FERLA, Alcindo Antônio. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*, v. 38, p. 358-372, 2014.

PINTO, Héider Aurélio et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2017.

PINTO, Héider Aurélio. Análise da Política de Atenção Básica e de seu financiamento de 1996 até 2014. *Saúde em Redes*, 2018.

SABATIER, Paul.; MAZMANIAN, D. The implementation of public policy: A framework of analysis. *Policy Studies Journal*, v. 8, n. 4, 1980.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Programação em saúde hoje. In: *Saúde em Debate*. Série Didática. Hucitec, 1993.

SECCHI, Leonardo. Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2º Ed. São Paulo: Cengage Lernaning, 2016.

SINGER, André et al. Por que gritamos golpe?: para entender o impeachment e a crise política no Brasil. Org. JINKINGS, Ivana; DORIA, Kim; CLETO, Murilo. São Paulo: Editora Boitempo, 1º ed., 2016. Pag. 176.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. *Ciência & saúde coletiva*, v. 14, p. 1325-1335, 2009.

TSEBELIS, George. Veto players: How political institutions work. Princeton University Press, 2002.