

Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas?

Reviewing the Brazilian National Primary Healthcare Policy at such a time?

¿Revisar la Política Nacional de Atención Primaria de Salud de Brasil en ese momento?

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini ¹
Angélica Ferreira Fonseca ¹

doi: 10.1590/0102-311X00206316

Diante do desmonte progressivo da face pública do Estado brasileiro e de suas instituições democráticas, as políticas públicas, de um modo geral, e o Sistema Único de Saúde (SUS), em particular, têm sofrido pressões para a conversão integral dos direitos sociais à lógica de mercado. Nesse contexto, a saúde torna-se objeto fundamental na acirrada competição do setor privado pelo fundo público, em um insidioso propósito de transformar em mercadoria as mais diversas dimensões do viver humano em sociedade.

No SUS, a atenção básica vem sendo o meio principal de ampliação da oferta pública de serviços à população, notadamente à classe trabalhadora, bem como de criação de postos de trabalho. Entretanto, sua expansão tem sido acompanhada pela terceirização da força de trabalho ¹ e pela privatização da gestão das unidades de saúde, por meio de parcerias entre o setor público e o setor privado, principalmente sob a forma de Organizações Sociais.

Neste texto discutimos dois fatos relacionados à proposição de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que geram preocupação pela perspectiva restritiva que apresentam, num momento em que a correlação de forças está muito desfavorável aos que defendem a saúde como um direito. O primeiro foi a publicação da Portaria GM/MS nº 958/16, em maio de 2016, que alterava a composição da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (ESF) estabelecendo a possibilidade de os municípios substituírem os agentes comunitários de saúde (ACS) por auxiliares ou técnicos de enfermagem. Ainda que tenha sido anulada, como efeito da mobilização do movimento organizado dos agentes, a portaria explicita uma proposta que se mantém em debate. O segundo fato são os indicadores para a revisão da PNAB publicados no documento síntese do VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica ².

Esse Fórum, realizado por iniciativa do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, reuniu em outubro de 2016 pouco mais de 200 pessoas com o propósito de obter subsídios para a revisão da PNAB. O documento-síntese das discussões contém ideias que merecem ser problematizadas, tendo em vista suas potenciais repercussões para o modelo de atenção e para a gestão do trabalho.

Em relação ao modelo de atenção, entendemos que, ao admitir que a equipe mínima da ESF atue com auxiliares ou técnicos de enfermagem no lugar de ACS, a Portaria aponta para um aprofundamento da perspectiva biomédica e medicalizadora, que associa o aumento da capacidade resolutiva da atenção básica à realização de procedimentos simplificados. Revela, portanto, a dificuldade em superar uma concepção estreita da clínica na qual a efetividade remete à assistência no seu sentido

¹ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

M. V. G. C. Morosini
Av. Engenheiro Richard 195,
Rio de Janeiro, RJ 20561-094,
Brasil.
mvgcmorosini@gmail.com



mais reduzido, e não ao cuidado integral que compreende a saúde e a doença como um processo que expressa determinações sociais.

Outra implicação desta concepção é a potencial fragilização das ações de educação e promoção da saúde, cujos principais desafios permanecem em pauta, como, por exemplo, o desenvolvimento de ações não fragmentadas e o exercício da intersetorialidade³.

Esse recuo quanto à presença dos ACS na composição das equipes implica também a renúncia à proposta de formação desses trabalhadores em nível técnico. A implementação, de forma ampla, dessa proposta poderia promover uma revisão do escopo de práticas desses trabalhadores, em diálogo tanto com as necessidades de saúde quanto com os anseios de qualificação dos ACS e das equipes da atenção básica.

A mudança na composição das equipes parece retornar no documento-síntese do VII Fórum com a indicação de criação de “*modalidades de equipe*”² (p. 2) e vem acompanhada da proposta de diferenciação dos regimes de trabalho, da carga horária e dos vínculos dos trabalhadores. A justificativa para tal modificação seriam as especificidades dos diferentes territórios adscritos. Num contexto no qual a precarização do trabalho é uma realidade disseminada, diversificar e institucionalizar as formas flexíveis de contratação e organização do trabalho acentua a vulnerabilidade dos trabalhadores, especialmente os profissionais técnicos e auxiliares que atuam na atenção básica – ACS, agentes de combate às endemias (ACE), auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares e técnicos de saúde bucal –, muitas vezes enaltecidos pelos discursos, sempre convocados nos momentos de enfrentamento das emergências de saúde pública e frequentemente subalternizados na implementação das políticas de caráter mais perene.

As especificidades sanitárias do território são igualmente apropriadas como argumento para relativizar a cobertura da atenção básica, conforme se lê: “*...a quantidade de pessoas cobertas deve estar correlacionada com a necessidade sanitária do território*”² (p. 2). Desse modo, a revisão da PNAB projetaria a retomada da concepção de uma atenção primária seletiva, na qual uma parte da população estaria destinada a compor o mercado de consumo privado e segmentado dos planos de saúde, em detrimento da universalidade como princípio, conforme concebido no projeto da Reforma Sanitária.

Nessa perspectiva em que a saúde é tratada como mercadoria, as diferentes classes sociais teriam acesso à qualidade da atenção que pudessem comprar. Por sua vez, o sistema público voltaria a atender os segmentos que transitam na periferia dessa dinâmica de mercado, num futuro sem SUS, construído por meio da PEC 55 e suas ramificações nas contrarreformas realizadas nos diversos âmbitos das políticas sociais.

O documento-síntese traz ainda outro aspecto preocupante, que é a associação dessas ideias com as propostas de uma “*carteira de serviços mínima para a PNAB*”² (p. 6) e de “*indução de carteiras de serviço que atendam às necessidades e especificidades locais*”² (p. 7). O princípio da equidade, que poderia inspirar a proposição de atendimento a eventuais particularidades dos territórios, só se realiza de forma justa se os princípios da igualdade e da universalidade o presidirem, ou seja, desde que já tenha sido alcançado um patamar de cobertura e qualidade da atenção, no qual o desenho de alternativas conjunturais represente um refinamento do sistema e suas possibilidades. Entretanto, antes que tenham sido superados quaisquer dos desafios identificados à época da formulação da PNAB 2006 e atualizados em 2012, a iniciativa atual de revisão parece pautar a retomada de “mínimos” em várias dimensões. Nesse cenário, contemplar as especificidades locais pode significar o reforço de desigualdades e a justificativa para tratamentos diferenciados, vínculos precários e “carteiras” variadas, estratificadas ou simplificadas de serviço.

A proposta de fusão de ACS e ACE em um único profissional, conforme consta no primeiro e no último item do documento-síntese, parece atender também a essa lógica dos “mínimos”. Sob o argumento da integração entre a atenção e a vigilância, essa proposta oculta o que seria, possivelmente, seu propósito central: o corte de custos pela diminuição de postos de trabalho e a intensificação do trabalho dos ACS e ACE que permanecerem em atividade. Outra vez, estamos diante de uma situação que se pretende modificar sem que tenham sido logrados os benefícios da integração dos ACE na equipe de saúde da família, conforme estabelecido pela PNAB. Desconsidera-se que a integração entre diferentes áreas técnicas/políticas requer identificar e elaborar pontos de interface do processo

de trabalho, promover ações e espaços integradores, por exemplo, de planejamento, que articulem as diversas possibilidades de atuação no alcance de objetivos comuns.

Outro ponto que merece ser problematizado é a proposição de fortalecimento da avaliação e do monitoramento no cotidiano das equipes, sem que essa prática tenha “*caráter punitivo*”² (p. 3). Embora se tenha construído certo consenso em torno da avaliação como atividade capaz de gerar informações úteis para reorientar políticas e práticas, o que se encontra em curso são, sobretudo, práticas de monitoramento baseadas em sistemas de informação que se revelam, por características estruturais, limitados. Assim, se o monitoramento é capaz de levantar temas para reflexão, somente o exercício do trabalho em equipe e a discussão sobre esse trabalho podem desdobrar tais temas em questões complexas, características do trabalho na atenção básica, contribuindo para a produção de saberes coletivos, com condições reais e legítimas de reorientar o processo de trabalho.

Anunciar que a avaliação não deve ter caráter punitivo e, ao mesmo tempo, defender a remuneração adicional com base em avaliação de desempenho, num contexto de flexibilização das relações de trabalho, constitui uma antítese. Se tomarmos a avaliação e o monitoramento como práticas de produção de conhecimento com um sentido de utilidade, esse sentido só se realiza quando estiverem garantidas algumas condições. A mais elementar é o fortalecimento dos espaços de troca das equipes – as reuniões de equipe –, que, em momento algum do referido documento, mereceram citação. Alertamos para o fato de que essas reuniões tendem a ser suprimidas do processo de trabalho, diante das pressões por produtividade que a lógica toyotista, ponto de sustentação do modelo gerencialista, tem difundido na gestão dos serviços de saúde⁴.

Em face de temas tão polêmicos, retomamos a indagação manifestada no título *Revisão da Política Nacional de Atenção Básica Numa Hora Dessas?* Esclarecemos não se tratar de um convite ao imobilismo em contraste com o ímpeto por mudanças contínuas, que caracteriza a atividade de gestão, não raramente conduzida por um imediatismo que abdica de projetar um horizonte estratégico para o SUS. Entendemos ser necessário coordenar esforços para que o debate sobre a atenção básica possa ser simultaneamente aprofundado e capilarizado, resgatando a ideia de ampla participação social. Afirmamos, ainda, que a base sobre a qual esse debate deveria se dar é o compromisso com o atendimento das necessidades de saúde da população e a responsabilidade de preservar as orientações que consolidam a atenção básica como espaço de institucionalização da saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

Colaboradores

M. V. G. C. Morosini contribuiu com a proposição, elaboração e discussão do texto. A. F. Fonseca contribuiu com a discussão e elaboração do texto.

1. Machado MH, Oliveira E, Moyses NM. Tendências do mercado do trabalho em saúde no Brasil. In: Pierantoni C, Dal Poz M, França T, organizadores. O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. v. 1. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011. p. 103-16.
2. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica. <https://blog.atencaobasica.org.br/wp-content/uploads/2016/10/Síntese-VII-Fórum-AB.pdf>.
3. Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, Engstrom EM, Bodstein RCA. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde Debate* 2014; 38 (n. spe):52-68.
4. Ramos MN, coordenadora. Processo de trabalho dos técnicos em saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz/Organização Pan-Americana da Saúde/Observatório dos Técnicos em Saúde da Rede de Recursos Humanos em Saúde, Ministério da Saúde; 2016.

Recebido em 04/Dez/2016
Aprovado em 13/Dez/2016