

Análise da mudança da política nacional de atenção básica

Analysis of the change in the national policy of primary health care

Hêider A Pinto

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

E-mail: heiderpinto.saude@gmail.com

Resumo

O artigo estuda as mudanças feitas na Política Nacional de Atenção Básica em 2017 dando foco àquelas com maior efeito imediato na ação dos gestores municipais, como as alterações relacionadas aos agentes comunitários de saúde, regras das equipes de saúde da família, criação de incentivo para equipe não saúde da família, proposição dos padrões essencial e avançado para a atenção básica e os efeitos da mudança no financiamento federal da atenção básica. Para isso, utiliza o referencial teórico do campo de análise de políticas e, como método, faz uma revisão de literatura e análise documental de textos legais e oficiais e publicações da posição e justificativas dos principais formuladores da política além de algumas instituições e organizações que se colocaram contra. A análise aponta que a política elegeu instrumentos que se apresentaram insuficientes e fragiliza aqueles que mostraram ter efeito, desestimula a estratégia de saúde da família e estimula equipes que a literatura e avaliações oficiais mostraram ter piores resultados. Conclui as mudanças na PNAB-2017 não conseguem ser explicadas com base no discurso técnico-científico na medida em que atua contra as evidências e estudos disponíveis. Seu sentido latente é encontrado no papel que cumpre na agenda e política mais macro do país, formulada e levada a cabo no sistema político e voltada para o ajuste fiscal neoliberal, e conforme a correlação de forças e interesses específicos dos atores do subsistema de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária;

Financiamento da Assistência à Saúde; Sistema de Saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract

The article studies the changes made in the National Primary Health Care Policy in 2017, focusing on those with greater immediate effect on the actions of municipal managers, such as changes related to community health agents, rules of family health teams, creation of incentive for non-family health team, proposing the essential and advanced standards for primary health care and the effects of the change in federal funding of primary health care. To do so, it uses the theoretical framework of the policy analysis and, as a method, reviews the literature and documentary analysis of legal and official texts and publications of the position and justifications of the main policy makers, as well as

some institutions and organizations that against. The analysis points that the policy chose policy instruments that were insufficient and weakens those that showed effect, discourages the family health strategy and stimulates teams that the literature and official evaluations have shown worse results. Concludes the changes in PNAB-2017 can not be explained based on the technical-scientific discourse in that it acts against the available evidence and studies. Its latent meaning is found in the role it fulfills in the macro agenda and macro policy of the country, formulated and carried out in the political system and focused on neoliberal fiscal adjustment, and according to the correlation of specific forces and interests of the subsystem health actors.

Keywords: Primary health care; Financing of health care; Health system; Health Unic System.

Introdução

Este artigo 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 nº 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-se, para efeitos dessa análise, 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. A partir dessa compreensão, busca-se 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 de análise foi no potencial mais imediato de mudanças em relação à ação e ao comportamento dos gestores municipais, considerando o contexto atual.

Após uma discussão teórico-metodológica que sintetiza algumas contribuições do campo de análise de política, 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 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 que alteram, criam ou anunciam a criação posterior de instrumentos de políticas públicas que apontam para a despriorização da Estratégia de Saúde da Família (ESF), depois de mais de 20 anos sendo 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 atual, 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 artigo 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 geral¹ 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.

Referencial teórico-metodológico

A PNAB, na perspectiva da análise de políticas públicas, pode ser lida e analisada de diferentes formas. Muller e Surel² 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 mais ou menos explícitos nos textos e nas decisões do governo. 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. Para eles, a análise de uma política é um “objeto particular” que, ao mesmo tempo, é “um constructo social e um constructo de pesquisa.”^{2:12}

Com efeito, é importante delimitar nossas escolhas com relação ao modo de recortar o objeto. 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. Nosso estudo restringe-se à política disciplinada pela Portaria 2.436 de 2017, denominada “Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.”³ Assim, 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 publicados oficialmente pelo MS, CONASEMS e CONASS, incluindo matérias nas mídias oficiais desses órgãos repercutindo ou não entrevistas de seus dirigentes.

O método utilizado foi a análise documental⁴ desde uma perspectiva hermenêutica, na qual o analista deve considerar a diferença entre suas próprias estruturas de significado e aquelas encontradas nos textos dos documentos pesquisados e levar 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. Consideramos mais o significado que o autor do documento pretendia produzir e os significados internos do documento que os significados recebidos e construídos pelos distintos públicos considerados nas diversas situações sociais.

Para May⁴ 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 seria necessário 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. Consideraremos os documentos pesquisados como “estatuto”¹ da política em análise que institui e revoga instrumentos de política pública da normatização até então vigente. E, no caso dos demais documentos, como discursos que justificaram, defenderam ou criticaram a ação governamental.

Grosso modo, um instrumento de política pública é qualquer meio e utilizado para transformar as intenções políticas em ações políticas. Secchi⁵ sistematizou um esquema genérico e simples 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 entre si.

Como já foi registrado, a PNAB-2017 é compreendida nesse artigo como uma normatização que altera uma política pública com o objetivo de produzir efeitos no contexto. Assim, na análise do conteúdo do texto, além dos saberes do campo da saúde coletiva e de análise de políticas públicas, foram utilizados saberes do campo jurídico e administrativo, incluindo análises orçamentárias, para identificar e compreender as mudanças nesses instrumentos decorrentes da mudança da PNAB-2011⁶ para a PNAB-2017.³

Embora seja importante analisar a PNAB como texto que reforça, introduz, re-conceitua ou refuta certos conceitos, este não será nosso foco. 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 os conceitos e as normas como “ideias”. Ou seja, compreender que a produção de políticas passa por analisar as instituições, os atores sociais, suas escolhas, interesses, poderes, mas também os imperativos normativos e cognitivos que interferem nas ações dos mesmos.⁷

Para Campbell,⁸ 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 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 ideias 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.⁸

Em grande parte das análises, há uma tendência mais racionalista e ou tecnicista de focar mais ou mesmo considerar somente ideias programáticas⁸ que dão base às normas. De outro lado, em análises que valorizam mais a

ação estratégica, a tendência é 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 (*enquadramento*⁸). Levar em conta não só essas duas, mas o conjunto de tipos de ideias apresentadas por Campbell⁸ 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^{7,9} vem há algum tempo mostrando que são decisivos na análise de políticas públicas e de atores e dos grupos sociais.

Barcelos,¹⁰ a partir de obras de Weber e 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”^{10:43} e que as ideias dão suporte a crenças, visões e percepções sobre como o mundo deve funcionar. Baseando-se em Sabatier, afirma que os indivíduos filtram suas percepções por meio de seus sistemas de crenças e tendem a aceitar informações que reforcem as mesmas e ignorar aquelas que as desafiam. As ideias são assim 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-2017,³ incluindo os discursos que buscaram justificar as mudanças e, também, ideias 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, estão relacionadas ao estabelecimento/mudança de premiações e coerções na regulamentação da PNAB.

Análise e discussão das principais mudanças da pnab 2011 para a pnab 2017

A PNAB como texto de “recomendações”

A maior parte do texto da PNAB, desde sua primeira edição em 2006,¹¹ 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 “deve ser observado isso”, se não estiver associado à, por exemplo, uma sanção que o MS possa fazer legalmente ou a uma 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.

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 em valores reais o financiamento da AB repassado aos municípios nesse período. Mas existem 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^{3,12} etc.

Embora, como dissemos, esse não seja o foco de nosso artigo, convém fazer apenas algumas observações panorâmicas sobre o tema. Sobre esse aspecto de “texto de recomendações” a mudança da PNAB é incremental: preserva a maior parte do texto e atualiza conceitos da PNAB-2011⁶ (que, por sua vez, fizera o mesmo com a PNAB-2006¹¹) e incorpora outros conceitos de outras ações e políticas nacionais. São exemplos desse último caso: o modo de tratar de acolhimento, processo de trabalho das equipes, relação da AB com a vigilância e promoção da saúde ou quando incorpora elementos que foram definidos como “padrão de qualidade”¹³ no PMAQ, como aqueles relacionados ao acesso, à gestão do cuidado, à

participação do usuário, ao padrão visual interno da UBS etc. Tais elementos ganharam na PNAB-2017³ o formato de recomendações e afirmações de certa imagem do que seria a AB desejada.

Mas também há mudanças como, por exemplo, a 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-2017³ 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, utilizando a tipologia de Campbell⁸, 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 o 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. Isso pode ser visto em textos publicados por organizações e sujeitos

identificados com esse movimento como por exemplo os posicionamentos das três organizações mais importantes desse movimento ABRASCO, CEBES¹⁴ e Rede Unida,¹⁵ 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 recepiona outras normas já instituídas

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” e “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 recepiona e incorpora em sua norma de outras normatizações nacionais com efeitos na AB que não estavam contidas na PNAB-2011. Mas, exemplificaremos o fenômeno do qual estamos tratando. O que a PNAB-2017 trata sobre a informatização e o direito de cada ente à informação é uma recepção, com aperfeiçoamento, de outras portarias que instituíram e regulamentaram o Sistema de

Informação da Atenção Básica (SISAB) e a estratégia e-SUS.

É importante que se diga que uma incorporação assim não é inócua. 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 artigo.

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” que não conseguiram esconder seus objetivos, com efeitos tão evidentes e significativos. Vamos a alguns exemplos relacionados aos ACS.

As PNAB-2006¹¹ e PNAB-2011⁶ estabeleciam o que era uma eSF, definiam incentivo financeiro específico para sua implantação e custeio e determinavam 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. O poder de determinação do

MS sobre a ação e comportamento da gestão municipal estava relacionado a um incentivo que, para que fosse obtido, exigia o cumprimento de certas ações. Uma delas determinava que o mínimo de ACS por eSF era de quatro e o máximo de doze.

Na mudança da PNAB, o dispositivo normativo que estabelecia o mínimo foi suprimido. Como o texto que disciplinava a eSF foi mantido, o efeito prático foi reduzir o número obrigatório de ACS de quatro para 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 silenciou sobre os critérios que definiriam essa situação - cada gestor pode definir isso livremente e sem necessidade de nenhuma justificativa técnica. Até então, a combinação de três normativas das PNAB - 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. A seguir apontaremos alguns efeitos possíveis da revogação de duas dessas normativas.

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; há 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.¹⁶ Se em um primeiro momento o incentivo para ACS especificamente e eSF como um todo pode ter sido um indutor, essa não é mais a realidade. Especialmente após a aprovação do piso salarial em 2014, quando o incentivo igualou à remuneração bruta do piso deixando todos os gastos com encargos trabalhistas para gestão municipal, mesmo aquele que paga o mínimo permitido em lei.

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. Assim, a perspectiva é de redução da quantidade de ACS via demissão dos mesmos. 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 nível de desemprego recorde.

Existem efeitos também no processo de trabalho das eSF: cada vez mais teremos eSF sem cobertura integral de ACS e os demais profissionais da equipe não poderão 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 etc. 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 e o discurso oficial não tratam.

Vale concluir esta seção reforçando que, com o objetivo de camuflar a mudança, a PNAB-2017 simplesmente suprimiu 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 “de recomendação” na PNAB-2017.

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 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 literatura¹⁷ mostra que dificilmente o Brasil teria sequer a maioria de seus municípios com eSF (98% dos municípios 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 que estimulasse sua implantação e co-financiasse seu custeio. Decisão que foi reforçada desde então até a vigência da PNAB-2011.

Contudo, de modo inédito, a PNAB-2017 passa a reconhecer como “equipe”, para fins de financiamento, um agrupamento de profissionais –até três por categoria, de qualquer especialidade e podem ter regimes de trabalho incompatíveis entre si- sem estabelecer qualquer diretriz que possa apontar um modelo ou modo de funcionamento da equipe. O argumento

utilizado para justificar esse financiamento foi o de que era necessário reconhecer a diversidade do Brasil 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.^{12,18} Essas justificativas trazem algumas contradições evidentes que trataremos a seguir.

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

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 se diz o que ela é. Um agrupamento com essa quantidade de profissionais e diversidade de cargas horárias terá muita dificuldade de conseguir se encontrar na unidade de saúde para reunir e atuar como equipe, planejar e desenvolver as ações “recomendadas” pela própria PNAB-2017. Profissionais que: não estarão disponíveis ao longo da semana terão mais dificuldades de realizar o primeiro contato e produzirem vínculo com os usuários; que não precisam ser generalistas ou especialistas (ex: médico de família e comunidade) podem constituir um grupo que 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 para atuação no território aponta menos para o modelo defendido por todas as PNAB anteriores e muito mais para o superado modelo da “consulta”:¹⁹ restrito à unidade de saúde, sem ação no território, 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

Conforme mostra a própria experiência nacional recente, a medida de 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 dos gestores municipais terem que aportar recursos para viabilizar essa expansão - e à disponibilidade de médicos para compor as equipes.²⁰⁻²⁴

O tema do financiamento será abordado na seção. 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 do patamar no qual se apresentava estagnada desde 2008.^{16,24} 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^{21,24} e a não escolha predominante dos mesmos em atuar na AB do SUS,²⁵ o Governo Federal tomou algumas medidas nos últimos anos para tentar expandir a cobertura e, com exceção do PMM, nenhuma teve resultado.^{20,22,24} 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 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.^{26,27} 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 hospitais no interior, que costumam ter vínculos, cargas horárias e remunerações por hora mais flexíveis e atrativas que a AB.

Fato 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- ao contrário, a quantidade de médicos hoje é menor que os 18.240 que chegou a ter -, de outro, não reduziria o co-financiamento federal como tem feito progressivamente. Por fim, é importante notar que a cobertura da chamada AB tradicional tem sido estável com tendência de queda: comportamento de um modelo que foi substituído, mas que mantém uma quantidade residual em queda leve mas persistente (de 14% para 11% de 2008 a 11% em 2018), provavelmente condicionada pela velocidade de saída de profissionais (aposentadorias inclusive) que em grande parte fazem parte do quadro de servidores municipais concursados antes da adoção progressiva pelos municípios do Brasil da ESF como modelo prioritário.

Uma política que pretende financiar aquilo que as avaliações do próprio Ministério mostraram ter menos qualidade

Até a criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso da Qualidade- PMAQ¹³ e a

PNAB-2011, os municípios recebiam os recursos do PAB fixo baseado no valor per capita e com ele podia custear qualquer ação e serviços de AB. 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 ofertada por elas e na gestão da educação e do trabalho dos profissionais de saúde) que aproximassem mais as eSF das diretrizes e modelo recomendados pela PNAB.^{13,28}

Nesse novo desenho de financiamento as eSF e as 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)²⁸. Só passavam a ficar recebendo o componente de qualidade caso apresentassem desempenho na média ou acima da média observada no conjunto das equipes participantes, eSF e não eSF.

Nos 6 anos de PMAQ que antecederam a PNAB-2017, o desempenho das equipes não eSF foi insatisfatório. Menos de 2% (231) do total potencial de equipes não eSF, que com a PNAB-2017 poderão se cadastrar e receber recursos, tiveram a intenção e condições de aderir ao PMAQ (3º ciclo) cumprindo o mínimo exigido. 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 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.

Contudo, o mesmo MS que fez essas 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.

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 “medida” que 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, conseqüentemente, teriam que se adequar a fim de receber um novo incentivo específico. Conforme a PNAB-2017, esses padrões seriam dispositivos normativos que descreveriam o que seria o mínimo que cada eSF teria que fazer. Não está regulamentado o que acontece com a equipe que não fizer sequer o padrão mínimo (perderia o recuso de custeio que já recebe

hoje?) e nem com a que atingir o avançado (ganharia um recurso extra?). 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 fosse excluído 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 mínimo praticado pela 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 Intergestores Tripartite (CIT)— com poder de veto²⁹ 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 e 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 uma modelagem cuja tendência seria a conversão 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.³⁰

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 “ideias programáticas” em conjunto com experiências que temos na “cultura mundial”,⁸ 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? 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 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.^{2,31,32} Muller e Surel² 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, é decisivo também analisar como a política se traduz no uso e alocação dos recursos do fundo público para revelar objetivos e prioridades não manifestas da política.^{16,33}

Com esse objetivo, analisaremos em primeiro lugar a orientação das políticas de “austeridade” implementadas no Brasil após o golpe de 2016³⁴ e relacionaremos isso com a política de saúde. Na sequência analisaremos a P N A B t a m b é m c o m o a l o c a ç ã o e

desregulamentação do uso do recurso público para buscar aí sentidos para medidas que, tecnicamente, mostraram não ter sentido.

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

O documento “Uma Ponte para o Futuro”³⁵ foi lançado em 2015, em um momento no qual o processo do 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 (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 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”,³⁶ 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. 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. Além do “teto de gastos”, foram aprovadas a “Reforma Trabalhista” e a lei das “Terceirizações”. Com relação ao tripé da seguridade 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 de 2014 é 8% maior, em valores reais, que o aprovado na 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.³⁷ 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,³⁸ 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. Nesse contexto é que pode ser mais bem compreendida a desregulamentação do financiamento do SUS,³⁹ chamada pelo MS de “SUS Legal”. Com essa portaria, em tese, 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 sub-financiadas como a AB, por exemplo. Com isso, não utilizar o recurso na AB garante a possibilidade de realocar ele em outras áreas como, por exemplo, na contratação de serviços privados para a realização de exames diagnósticos de atenção especializada.

Se de fato há quem defenda 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 (enquadramento⁸), mas mobilizados por necessidades e interesses bem práticos (ideias programáticas⁸) 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 seria ter mais “liberdade” de decisão.

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.¹⁶ Neste caso, analisaremos sempre o ano de 2014 e consideraremos 2018 quando tratarmos de orçamento (como fizemos acima) 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. Contudo, se levamos em conta o estudo dos “componentes” do financiamento da AB e consideramos os recursos repassados aos municípios, o recurso do Programa Mais Médicos e excluirmos as emendas parlamentares que têm sequestrado em grande parte o recurso da AB, esse valor só chega a 18,8 bilhões e representa apenas 16% do total de recursos de ações de saúde do MS.¹⁶

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.¹⁶ 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%.⁴⁰ 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 desregulam 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-adoptar 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-2011.¹⁶

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 Aplicada⁴¹ 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 cofinanciamento 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 obrigado 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 compreendê-las, é necessário lembrar algo que já foi discutido: com a desregulamentação do financiamento e a possibilidade de utilizar os recursos da AB em outras áreas, o gestor municipal é induzido a um cálculo pragmático orientado 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 1.808⁴² 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 à 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 1.426,00⁴² não estimula nenhum gestor a contratar um novo profissional, que dirá qualificado, 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.

Considerando a realidade de setembro de 2017 (mês de publicação da PNAB-2017), somente 933 municípios (17% do total) 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 1808.⁴² Se todos os municípios cadastrassem todas suas equipes não eSF o

Brasil teria aproximadamente 11.751. A análise do porte populacional dos municípios beneficiados nos mostra que é uma política iníqua, concentrada e feita em benefício dos grandes municípios e prejuízo dos pequenos. Aproximadamente 70% dos municípios do Brasil têm até 20 mil habitantes e somente 5% tem mais de 100 mil. Enquanto 88% desses maiores 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, em ordem decrescente. 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. De um ponto de vista mais setorial, no subsistema da saúde,¹ 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

As mudanças na PNAB-2017 não conseguem ser sustentadas com base no discurso técnico-científico do campo da saúde na medida em que atua contra as evidências e estudos disponíveis. Seu sentido latente² precisa ser buscado no papel que cumpre na agenda e política mais macro do país, formulada e levada a cabo no sistema político e conforme a correlação de forças e interesses específicos dos atores do subsistema de saúde.¹

O caso da supressão do mínimo de ACS por eSF e a mudança de conceito de cobertura dos mesmos, sem que isso fosse tratado no texto normativo ou justificado no discurso político daqueles que assumiram a formulação da política, aponta para uma tentativa de “camuflar” a mudança e evitar conflitos políticos com a categoria dos ACS e toda a comunidade de políticas⁷ que têm defendido a importância dos mesmos no modelo da ESF brasileira. Observando a história recente de empoderamento dos ACS e ACE e de

conquistas como a regularização de sua profissão, a exigência legal de desprecarização 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 “concurar” 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.

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 inversamente 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 80¹⁹ e voltando a pleno vapor na modelagem privada das “clínicas populares”, em que pese sua evidente

contradição e insuficiência ante as necessidade 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 Programa Mais Médicos, tanto eixo Provimento quanto o Formação para o SUS. 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.

A estratégia de viabilização política dessa medida se caracterizou pela preservação da normativa associada a um reforço discursivo da importância da ESF, que foi importante para amenizar o conflito com toda a “comunidade de políticas”⁷ que defende o modelo, mas que veio junto com a retirada de condições e recursos importantes para a operacionalização do modelo, a defasagem do financiamento e a

criação de incentivo financeiro viabilizando e reforçando uma alternativa à eSF.

Pelo que foi tratado nesta conclusão e no artigo como um todo, não é possível analisar as mudanças na PNAB-2017 sem considerar 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 – 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 para permitir tanto o corte dos mesmos 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 subsistema¹ de políticas de saúde e estão pressionados a fazer cortes para que os gastos em saúde caibam em seus orçamentos em processo de retração.

Mas, além disso, as mudanças são também funcionais – independentemente 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 pôde ser trabalhado em sua dimensão mais geral no artigo quando analisamos “Uma ponte para o futuro”³⁵ e “A travessia social”.³⁶

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. Um resultado provável das mudanças normativas realizadas na PNAB-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 à 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.⁴³ E nisso a instância máxima de controle social do SUS se somou a importantes instituições do movimento sanitário brasileiro^{14,15} que também lutam pela revogação das mudanças feitas pela Portaria N° 2.436 no caminho que vinha sendo trilhado há mais de 20 anos na política nacional de atenção básica.

Nota

ⁱ 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.

Referências

- ¹Sabatier P, Mazmanian D. The implementation of public policy: a framework of analysis. *Policy Studies Journal*. 1980;8(4).
²Muller P, Surel Y. A análise das políticas públicas. Pelotas: Educat; 2002.

- ³Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2017.
- ⁴May T. Pesquisa social: questões métodos e processos. 3.ed. Porto Alegre: ArtMed; 2004.
- ⁵Secchi L. Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2.ed. São Paulo: Cengage Learning; 2016.
- ⁶Portaria 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. Brasília; 2011.
- ⁷Côrtes SV, Lima LL. A contribuição da sociologia para a análise de políticas públicas. Lua Nova. 2012; 8:33-62.
- ⁸Campbell JL. Ideas, Politics and Public Policy. Annual Review of Sociology. 2002;28:21-38.
- ⁹John P. Is there life after policy streams, advocacy coalitions, and punctuations: using evolutionary theory to explain policy change? Policy Studies Journal. 2003;31(4):481-498.
- ¹⁰Barcelos M. Ideias, agendas e políticas públicas: um estudo sobre a área de biocombustíveis no Brasil. [Tese de Doutorado]. Porto Alegre; 2015.
- ¹¹Portaria 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. Brasília; 2006.
- ¹²Consulta PNAB, 2017 [Internet]. Brasília; 2017. [citado 06 ago 2017] Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/dab/portaldab/noticias.php?conteudo=&cod=2426>>.
- ¹³Pinto HÁ, Sousa A, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. Saúde Debate. 2014;38:358-372.
- ¹⁴ABRASCO, CEBES, ENSP. Contra a reformulação da PNAB, 2017 [Internet]. [citado 23 jun 2018] 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/>>.
- ¹⁵Rede Unida. Rede Unida se manifesta sobre a revisão da PNAB, 2017 [Internet]. [citado 23 jun 2018] Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/en/comunicacao/news/rede-unida-manifesta-sobre-revisao-da-pnab/16->>
- ¹⁶Pinto HA. Análise da Política de Atenção Básica e de seu financiamento de 1996 até 2014. Saúde Redes; 2018;
- ¹⁷Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Ciênc saúde coletiva. 2009;14:1325-1335.
- ¹⁸Nota conjunta Conasems e CONASS sobre a reformulação da PNAB, 2017 [Internet]. Brasília. [citado 06 ago 2017] Disponível em<<http://www.conasems.org.br/nota-conjunta-conasems-e-conass-sobre-reformulacao-da-pnab/>>.
- ¹⁹Schraiber LB et al. Programação em saúde hoje. In: Saúde em Debate. São Paulo: Hucitec; 1993. Série Didática
- ²⁰Maciel Filho R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro. 2007. [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007. [citado 30 jun 2018] Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/Tese_Romulo_Maciel.pdf>.
- ²¹Girardi SN et al. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. ObservaRH. 2011: 171-186.
- ²²Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? Interface comun saúde educ. 2013;17(47):913-926.
- ²³Pinto HA et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. Divulg saúde debate. 2014;51:105-120.
- ²⁴Pinto HA et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. Interface comun saúde educ. 2017;
- ²⁵Conselho Federal de Medicina. Demografia Médica no Brasil, v.2. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2013.
- ²⁶Ministério da Saúde (BR). Índice de desenvolvimento do SUS (IDSUS). Cobertura estimada da população residente pelas equipes da atenção básica à saúde, 2011 [Internet]. [citado 30 jun 2018] Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/ficha1s.html>>.
- ²⁷Ministério da Saúde (BR). Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF, 2013 [Internet]. Brasília; 2013. [citado 30 jun 2018] Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf>.

- ²⁸Pinto HÁ, Sousa A, Florêncio AR. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. RECIIS (Online) Rio de Janeiro. 2012;6(2,Sup.).
- ²⁹Tsebelis G. Veto players: how political institutions work. Princeton: Princeton University Press, 2002.
- ³⁰Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? Cad Saúde Pública. 2008;24:s21-s23.
- ³¹Costa G, Dagnino R. (orgs). Gestão estratégica de políticas públicas. Rio de Janeiro: EditoraT+8; 2008.
- ³²Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995.
- ³³Merhy EE. A Saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec; 1992.
- ³⁴Singer A. Por uma frente ampla, democrática e republicana. In: Jinkings I, Doria K, Cleto M, orgs. Por que gritamos golpe?: para entender o impeachment e a crise política no Brasil. São Paulo: Editora Boitempo; 2016. p. 176.
- ³⁵Fundação Ulysses Guimarães. Uma ponte para o futuro, 2015. [Internet]. [citado 30 jun 2018] Disponível em: <<https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf>>
- ³⁶Fundação Ulysses Guimarães. Travessia social, 2016 [Internet]. [citado 30 jun 2018] Disponível em: <https://complemento.veja.abril.com.br/pdf/travessia%20social%20-%20pmdb_livreto_pnte_para_o_futuro.pdf>
- ³⁷Empresa Brasileira de Comunicações. Ministro defende plano de saúde popular para aliviar gastos com o SUS, 2016 [Internet]. Brasília; 2016. [citado 23 jun 2018] Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-07/ministro-defende-plano-de-saude-popular-para-aliviar-gastos-com-o-sus>>.
- ³⁸Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados Gerais: Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2008-2018). Brasília; 2018. [Internet]. [citado 23 jun 2018] Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>.
- ³⁹Portaria nº3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS 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; 2017.
- ⁴⁰Ministério da Saúde (BR). Relatório Anual de Gestão 2017. Brasília; 2018.
- ⁴¹Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 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; 2013.
- ⁴²Portaria nº1.808, de 28 de junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS para dispor sobre o financiamento das Equipes de Atenção Básica e da Gerência da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2018.
- ⁴³Conselho Nacional de Saúde. Relatório do Grupo de Trabalho de Atenção Básica sobre as mudanças na política nacional de atenção básica. Brasília; 2017. Não publicado.

Submissão: 02/07/2018

Aceite: 09/09/2018