



C A P Í T U L O 11

CONTINUIDADES E RUPTURAS: ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA DE 2017

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.03811125111211>

Juliana Roza

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

Vanessa de Almeida Ferreira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Amanda de Lucas Xavier Martins

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

Fabiana Ferreira Koopmans

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

Rogério Bittencourt de Miranda

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

Paula Soares Brandão

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

Mercedes De Oliveira Neto

Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Associada do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

Gabrielly Farias Gomes de Melo

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

Guilherme Matta Pereira Roldão

Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

Juliana Fernandes Baptista

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

Bianca Victória dos Santos Lima

Graduanda em Enfermagem. Bolsista de Iniciação Científica UERJ. Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro- Rio de Janeiro

Sonia Acioli

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro- Rio de Janeiro

RESUMO: O objetivo deste ensaio é descrever o contexto, os avanços e os retrocessos da versão da Política Nacional de Atenção Básica de 2017. Iniciamos o texto com a análise de conjuntura da versão da Política e selecionamos as seguintes mudanças no texto da PNAB 2017: A despriorização do modelo da Estratégia de Saúde da Família; as novas normas para a população adscrita; os critérios para definição do tipo de equipes e do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); a diferenciação da carga horária dos profissionais entre as equipes de Saúde da Família e as equipes de Atenção Básica; e o reconhecimento do cargo de gerente de Atenção Básica. A última versão da Política Nacional de Atenção Básica trouxe mudanças importantes que comprometem o acesso à saúde, na medida em que enfraquecem o modelo da Estratégia Saúde da Família como modelo ordenador da Rede da Atenção à Saúde no Brasil.

PALAVRAS CHAVES: Atenção Primária à Saúde. Política de Saúde. Saúde da Família.

CONTINUITIES AND RUPTURES: AN ANALYSIS OF THE 2017 NATIONAL PRIMARY HEALTH CARE POLICY

ABSTRACT: The objective of this essay is to describe the context, advances, and setbacks of the 2017 version of the National Primary Care Policy. We begin the text with an analysis of the circumstances surrounding the Policy's version and selected the following changes in the 2017 PNAB text: The deprioritization of the Family Health Strategy model; the new regulations for the enrolled population; the criteria for defining the types of teams and the number of Community Health Agents (CHA);

the differentiation of workload hours for professionals between Family Health teams and Primary Care teams; and the recognition of the Primary Care manager position. The latest version of the National Primary Care Policy brought significant changes that compromise access to healthcare, insofar as they weaken the Family Health Strategy model as the organizing framework of the Healthcare Network in Brazil.

KEYWORDS: Primary Health Care. Health Policy. Family Health

INTRODUÇÃO

As políticas públicas formuladas e implementadas até os anos 2000, em consonância com a ordem jurídica constitucional, observaram a lógica de organização político-social para a garantia do direito social à saúde. Contudo, somente em 2006 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na sua primeira versão, ampliou o escopo e a concepção da Atenção Primária brasileira, incorporando os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente, “capaz de garantir o acesso universal aos cuidados de saúde de qualidade, responsável pelo primeiro ponto de contato de uma rede integral de Atenção à Saúde” (Mendonça *et al.*, 2018, p. 32).

Portanto, a PNAB 2006 foi um documento importante no direcionamento da reorganização da APS, através do apontamento de um modelo de atenção à saúde, assim como em outros sistemas universais de saúde, tornando a APS como uma estratégia central. Ela foi empregada através da Portaria GM/MS nº 648 de 28/03/2006 (Brasil, 2006), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da APS para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Desta forma, a PNAB de 2006, além de expandir o escopo e a concepção da Atenção Básica, ao aliar-se aos atributos da Atenção Primária à Saúde abrangente, reconheceu a Saúde da Família como modelo substitutivo de práticas e de reorganização da APS. Além disso, revisou a funcionalidade das unidades de saúde e suas diversas modalidades como por exemplo as unidades com ou sem a Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2006d; Giovanella; Mendonça, 2012; Melo *et al.*, 2018).

Apesar da expansão do modelo da ESF nos anos 2000, com a incorporação das equipes de Saúde Bucal e a criação do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), ainda permanecem muitos desafios, como por exemplo a infraestrutura inadequada, o subfinanciamento dos recursos, o modelo assistencial biomédico ainda predominante e a dificuldade de fixação do profissional médico (Melo *et al.* 2018).

A PNAB, revisada em 2011, através da Portaria GM/MS nº 2.488 de 21/10/2011, buscou preservar a centralidade da ESF para consolidar uma APS forte, ou seja, capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da

saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), ampliou as ações intersetoriais e acrescentou às equipes de APS, o Consultório na rua, equipes em regiões ribeirinhas e fluviais, academia da saúde e o Programa Saúde na escola (Brasil, 2012).

Outros avanços da PNAB 2011 foi a tentativa de suprir os desafios de consolidação da APS, com a criação do Requalifica UBS através do estabelecimento de reformas, ampliações, construções e informatização das unidades de saúde; o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), o Programa Mais Médicos (PMM) e o e-SUS AB, incluindo a oferta de prontuário eletrônico gratuito para os municípios (Melo et al., 2018).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), oficializado na edição de 2011, objetivou a ampliação da abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. Foi preconizado que sua constituição seria por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que deveriam atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, e das equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academia da saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes das unidades nas quais está vinculado e no território (Brasil, 2012).

Porém, apesar dos avanços, persistiram a precarização do trabalho e da formação profissional, os entraves na integração das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e principalmente o subfinanciamento (Campos; Pereira Junior, 2016; Melo *et al.*, 2018).

Contudo, a PNAB 2011, envolveu um amplo escopo de ações, mobilizando instituições e sujeitos sociais para responder aos desafios colocados para a formação de trabalhadores, a organização do processo de trabalho, as interações com a comunidade, a compreensão do território e as relações entre os entes federados (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

Nesse sentido, este ensaio pretende descrever o contexto, os avanços e os retrocessos da versão da Política Nacional de Atenção Básica de 2017.

A análise de conjuntura da PNAB 2017

A última revisão da PNAB, realizada em 2017 ocorreu sob um contexto de crise econômica e política no país, momento este que ficou marcado pelos retrocessos sociais, retirada de direitos e ameaças à democracia em prol de um Estado neoliberal. Tivemos desde a destituição de um governo eleito democraticamente, ajustes fiscais que beiram ao austericídio até as reformas de leis trabalhistas (Brasil, 2017a) e da previdência que comprometem a proteção social e a Constituição Brasileira.

Os processos de privatização e de retrocessos na política de saúde se iniciam no Governo Temer (2015-2018), mas inserem-se no quadro social, econômico e político sintonizado com processos observados mundialmente e se concretiza com as mediações relacionadas às condições de inserção do Brasil no cenário político-econômico mundial e ao seu particular desenvolvimento histórico (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018).

As disputas existentes entre esses projetos de privatização inscrevem-se no processo de desenvolvimento do próprio sistema capitalista em sua fase neoliberal, com redução do papel do Estado na sociedade, diminuição de direitos para a classe trabalhadora, políticas públicas compensatórias focalizadas para grupos vulnerabilizados e participação cada vez maior do mercado em todos os aspectos da vida social (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018).

Em 2016, Santos e Szwako (2016, p. 115), citam os elementos que compõem o quadro sociopolítico brasileiro:

[...] a polarização social e ideológica, mobilização popular e estudantil, crise política, crise fiscal, quadro econômico de recessão aguda e desemprego massivo, disputa e reconfiguração eleitoral, uma mídia oligopolizada cada vez mais partidária e alinhada a setores específicos da estrutura de poder, crescente fascismo nos elementos de nossa cultura política, já historicamente iliberal, anomia institucional judiciária e estratégias partidárias se articulam formando cenário inimaginável até alguns anos atrás.

Foi um momento político e econômico conturbado com ameaças à democracia e um governo ilegítimo que promove um ajuste fiscal que resultou no congelamento dos investimentos em saúde e educação por 20 anos, cujas repercussões negativas já se fazem sentir na piora de indicadores de mortalidade infantil e materna e retorno de epidemias de enfermidades transmissíveis anteriormente controladas (Giovanella; Rizzotto, 2015).

Nesse sentido, avança-se rapidamente a entrada da gestão privada no SUS em detrimento da gerência do estado, enfraquecendo o sistema diante das privatizações gerenciais que praticam de maneira crescente formas de gestão e lógicas privadas que não são favoráveis à defesa do interesse público e da democracia na saúde (Rodrigues, 2014).

Esse quadro ainda é agravado, segundo pelo ataque jurídico-judicial, denominado “Golpe de 2016”, em que a Presidenta Dilma Rousseff sofre o *impeachment* enquanto a burguesia unificada busca a proposta neoliberal (Bastos, 2017; Reis et al, 2016; Santos; Szwako, 2016; Teixeira; Paim, 2018).

Os desdobramentos do Golpe de 2016 ressaltam que a financeirização da saúde, o ajuste fiscal, a restauração do neoliberalismo e o clientelismo político da direita contribuíram para desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS), sob tutela do

empresariado, urdido pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP), Confederação Nacional da Indústria (CNI), Confederação Nacional da Agricultura (CNA), Federação Brasileira de Bancos (Febraban), entre outros, usaram a mídia e parte da classe média para realizar uma intervenção parlamentar com a chancela do Judiciário (Teixeira; Paim, 2018).

A Política do ajuste fiscal consistiu na aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016), que congelou o orçamento público por 20 anos, defendida como um teto de gastos, mas que significou que estamos atravessados por projeto político e econômico com objetivo de diminuir o tamanho do Estado e das suas atuações, o que pode afetar negativamente os investimentos públicos e os serviços básicos à população, sobretudo aos mais carentes, e aumentar ainda mais a concentração de renda (Ramos, 2018).

A aprovação da EC n. 95/2016 representa importante ameaça, pois se estima que o setor saúde perderá mais de R\$40 bilhões até 2036, quando finda o prazo de 20 anos para o teto de despesas da União (Vieira; Benevides, 2016). Ela agudiza o subfinanciamento crônico do SUS ao definir o congelamento e a redução progressiva dos recursos federais destinados ao SUS por vinte anos e sobrecarrega os municípios que já são responsáveis por um terço dos gastos em saúde (31%), financiando-a muito além das suas receitas (18,5%) (Mendonça *et al.*, 2018, p.39).

As novas regras desconsideram, portanto, as taxas de crescimento econômico, como também as demográficas pelos próximos 20 anos, o que poderá levar ao sucateamento das políticas sociais, especialmente nas áreas da saúde e educação, pondo em risco por completo a qualidade de vida da população brasileira (Mariano, 2017).

Vale destacar que a EC 95/2016 é, por conseguinte, uma medida de ajuste fiscal que atende à lógica imposta pelo consenso neoliberal para as nações subdesenvolvidas ou em desenvolvimento, que pode ser sintetizada no tripé “superávit primário, meta inflacionária e câmbio flutuante”, cujo resultado já se sabe: aprofundamento da desigualdade social e da recessão econômica e geração de lucros exclusivos e exorbitantes para muito poucos (Mariano, 2017).

A financeirização e a hegemonia do capital financeiro, o ajuste fiscal violento da EC-95, a restauração radical do neoliberalismo e o clientelismo político da direita conservadora estão possibilitando o desmonte do SUS, ainda que gerando algum grau de resistência mediante frentes de movimentos sociais progressistas, conquistas de aparelhos da sociedade civil e algumas incursões no parlamento (Teixeira; Paim, 2018).

A REVISÃO DA PNAB 2017

A terceira revisão da PNAB, foi promulgada por meio da Portaria GM/MS nº 2.436 de 21/09/2017 diante de muitas críticas de diversas entidades, instituições, sindicatos, conselhos e pesquisadores do campo da Saúde Coletiva. De fato, a política necessitava avançar nas discussões e organização, principalmente acerca da ampliação do acesso e da qualidade, a fim de consolidar a APS, mas não com a inclusão de aspectos que parecem representar um retrocesso para a atenção primária e a fragilização do SUS no seu formato original.

A consulta pública para a proposta de revisão da PNAB durou apenas 15 dias, tendo recebido mais de 6 mil contribuições, nenhuma das quais tendo sido consideradas no documento final, o que gerou diversas queixas e notas de repúdio de várias entidades. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) apontou para um “explícito desrespeito à participação popular, que é um dos princípios do SUS” e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) classificou a aprovação como “a toque de caixa” em momento de severa restrição de financiamento das políticas públicas.

A PNAB de 2017 (Brasil, 2017b) apresenta algumas modificações expressivas como: o reconhecimento de outras estratégias de Atenção Básica (EAB) de caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em ESF; As equipes de Atenção Básica (eAB) deverão ser compostas minimamente por médicos e enfermeiros; Implantação da EACS nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da APS com vistas à implantação gradual da ESF ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da APS; Será permitido agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e/ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias; Recursos específicos que estão condicionados à implantação das eAB não contemplam a composição de equipes multiprofissionais com a presença de ACS; Equipe de AB tradicional com profissionais de saúde com CH de 10hs; Atividades do ACS, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico como: aferir pressão arterial, glicemia capilar, temperatura axilar. Inclusive durante a visita domiciliar; A inclusão do Gerente de AB; Modificação da nomenclatura de Núcleo de Apoio em Saúde da Família para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Neste capítulo, foram selecionadas as seguintes mudanças no texto da PNAB 2017: A despriorização do modelo da Estratégia de Saúde da Família; as novas normas para a população adscrita; os critérios para definição do tipo de equipes e do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); a diferenciação da carga horária dos profissionais entre as equipes de Saúde da Família e as equipes de Atenção Básica; e o reconhecimento do cargo de gerente de Atenção Básica.

A despriorização do modelo da Estratégia Saúde da Família

No Brasil, a partir da implementação do Programa de Saúde da Família em 1994, e posteriormente, com sua consolidação como Estratégia Saúde da Família nas versões anteriores da Política Nacional de Atenção Básica (2006 e 2011), esta estratégia foi consolidada como o modelo central de Atenção Primária à Saúde (Mendonça *et al.*, 2018).

No que se refere ao financiamento dos modelos de organização da Atenção Primária à Saúde (APS), a PNAB de 2011 previa que apenas o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) fosse financiado com recursos federais. Já a PNAB de 2017 manteve o financiamento das equipes de Saúde da Família (eSF) como prioritário, mas passou a incluir o financiamento das equipes de Atenção Básica (eAB), com valor inferior.

Com o papel central na organização da rede de atenção à saúde no SUS, temos a Atenção Primária à Saúde, que possui como principais atribuições: ser a porta de entrada do sistema de serviços de saúde, oferecer serviços de saúde com boa infraestrutura e qualidade integrados à Rede de Atenção à Saúde; exercer um cuidado longínquo, com resolutividade da maioria das demandas da população; definir e orientar o caminho do usuário na rede de serviços com base nas necessidades de saúde; realizar a coordenação do cuidado, considerando os fluxos estabelecidos; responsabilizar-se pela população de seu território, incentivar a ação comunitária e medir as ações intersetoriais para ampla abordagem dos determinantes sociais e promover a saúde (BRASIL, 2006, 2011).

A ESF é um modelo de atenção à saúde essencial na ordenação da APS. Haja vista seu alcance na população brasileira, em que houve uma importante expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) em todo o território nacional, com forte indução e apoio do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), sendo considerada, enquanto estratégia prioritária de estruturação da APS, sendo a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (Malta *et al.*, 2013).

A proposta do Brasil para a reorganização do sistema de saúde, através da ESF, foi citada como exemplo de iniciativa exitosa na implantação de políticas que adotam APS no mundo (OMS, 2008).

Já a PNAB 2017, trouxe fragilidades e ambiguidades de interpretação quando indicam que as equipes de Atenção Básica poderiam posteriormente organizar-se tal qual o modelo prioritário. Com isso, admite-se o reconhecimento de outras estratégias de Atenção Básica, conforme o trecho a seguir:

Art. 4º A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

Parágrafo único. Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2017b).

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2017, cap. I, grifo nosso).

O trecho também aborda o caráter transitório das demais modalidades de equipe e estratégias organizacionais, destacando a expectativa de que sejam incentivadas à conversão para o modelo ESF na nova versão. Contudo, não houve definição quanto ao prazo ou à forma como seria promovido o processo progressivo de conversão.

Vale ressaltar, que a utilização do termo “podem” introduz interpretações ambíguas acerca da condicionalidade entre o potencial e o interesse na transição para o modelo ESF. Ressalta-se ainda o risco de perpetuação de outras modalidades, como equipes de Atenção Básica (eAB), que apresentam menor custo de financiamento e não alcançam o mesmo nível de cobertura e efetividade comparado ao modelo ESF.

Outro destaque é que as eAB deverão ser compostas minimamente por médicos e enfermeiros. Podendo agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e/ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias (Brasil, 2017). Tal circunstância suscita questionamentos quanto à efetividade do atendimento integral e multiprofissional nesse modelo de conformação de equipe.

Concordamos que há um desestímulo à aderência ao modelo da ESF, pois as novas conformações apresentam menos regras, ações e menor investimento financeiro. Assim, as equipes de Atenção Básica tornam-se sob caráter substitutivo, porque é aparentemente vantajoso para os gestores substituir a ESF pela equipe de Atenção Básica (Pinto, 2018).

Novas regras para a população adscrita e critérios para definição do tipo de equipes e o número de ACS

Quanto à cobertura populacional por equipe, na versão de 2011 o parâmetro era de 3.000 a 4.000 pessoas por equipe. Em 2017, o intervalo foi reduzido para 2.000 a 3.500 pessoas, levando em conta os riscos e vulnerabilidades do território. Vejamos o trecho no capítulo do funcionamento, no subcapítulo 3.3, temos:

i.- População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado (Brasil, 2017d, cap. 3.3, grifo nosso).

No presente trecho, estabelece-se que a população adscrita deve encontrar-se entre 2.000 e 3.500 pessoas. No entanto, ressalta-se que poderão ser adotados outros arranjos de adscrição, os quais podem superar ou ficar aquém do parâmetro recomendado.

Desta forma, a partir destes novos arranjos de adscrição, surgem os novos desafios para a garantia dos princípios da universalidade e da integralidade, na promoção da garantia do acesso para o número de pessoas adscritas, para a qualidade do cuidado.

Em relação ao tipo de equipe, a PNAB 2017, novamente demonstra ambiguidades de interpretação e não garante o acesso e a universalidade, conforme identificado no trecho a seguir: “o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com a definição local”, em seguida “Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS” (Brasil, 2017b, não paginado).

Sendo assim, nota-se um provável déficit na cobertura da ESF, enquanto pela PNAB 2011 a cobertura deveria ser 100% da população, agora a cobertura será 100% da população classificada como vulnerável. Desta forma, também não determina de forma clara e concisa acerca dos critérios para a determinação de uma população classificada como vulnerável, podendo ferir o princípio da universalidade.

Para Pinto (2018), o efeito esperado é a redução drástica do número de ACS, através de medidas de corte dos gastos, trazendo o “desmantelamento” da ESF com possíveis consequências trágicas para a saúde da população.

A diferenciação da carga horária dos profissionais entre as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Básica

No que diz respeito à carga horária semanal das equipes, a PNAB de 2011 previa que as equipes de saúde da família cumprissem 40 horas semanais, com cinco tipos de equipes apresentando diferentes composições de carga horária médica. Em 2017, manteve-se a carga horária de 40 horas para todos os membros da equipe da ESF e estabeleceu-se para as eAB uma carga de 40 horas por categoria profissional, com máximo de três profissionais e mínimo de 10 semanais horas por categoria.

Outro ponto polêmico é a distribuição da carga horária dos profissionais que será de responsabilidade do gestor, logo a eAB tradicional, poderá ter profissionais com CH de 10h. Enquanto nas equipes de Estratégia Saúde da Família, manteve-se a carga horária de 40 horas.

Andrade *et al.* (2019) revelam, em seu estudo, que a maioria dos profissionais considerava a carga de trabalho como densa e em ampla diferenciação da carga horária exigida dos médicos da estratégia em relação aos demais setores. Esta flexibilização traz à tona uma antiga discussão, relativa à dificuldade de fixação do profissional médico às equipes de Saúde da Família (Almeida *et al.*, 2018; Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

A Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011, publicada pelo Ministério da Saúde (MS), flexibilizou a carga horária dos médicos, que agora também poderão ser contratados para trabalharem 20 ou 30 horas semanais. A medida apenas consolidou com a realidade, retirando os médicos e gestores da ilegalidade nos municípios em que já cumpriam a carga horária reduzida como forma de facilitar as contratações desses profissionais (Brasil, 2012).

Contudo, dentre outras alterações da PNAB 2017, a flexibilização da carga horária dos profissionais para a composição da equipe, mesmo diante de toda problemática já discutida, estaria atendendo aos interesses corporativistas da categoria médica e do mercado privado (Mori, 2019).

Além das dificuldades de fixação do profissional médico nas equipes de Saúde da Família, prejudicaria uma das essências da APS, que se trata do estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário, que potencializaria a responsabilidade do profissional com o território a qual o real propósito do estabelecimento da carga horária de 40 horas semanais (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

Também é relevante discutir que essa flexibilização poderá aumentar as dificuldades de fixação dos profissionais médicos nas equipes de Saúde da Família, já que pode ocorrer uma preferência desta categoria profissional pelas equipes de Atenção Básica, já que é possível a flexibilização da carga horária.

Contudo, a flexibilização da Carga Horária em outras modalidades de equipe, abre precedentes para a depreciação da concepção das necessidades em saúde da população, abrindo lacunas para que a distribuição da carga horária seja realizada de acordo com a oferta de profissionais, focando apenas nas demandas espontâneas, comprometendo o vínculo, a continuidade e a longitudinalidade do cuidado na Atenção Primária, com a prevalência de práticas biomédicas de cuidado, desconsiderando o conceito ampliado de saúde.

O reconhecimento da figura do gerente de Atenção Básica

A figura do gerente de atenção básica não era mencionada na PNAB de 2011. Já a PNAB de 2017 reconheceu formalmente o cargo de gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS), recomendando sua inserção como novo membro da equipe, com possibilidade de apoio financeiro federal. O gerente deveria possuir nível superior, preferencialmente na área da saúde.

No capítulo das atribuições dos profissionais, foi recomendada a inclusão do gerente de AB e que este não seja profissional integrante das equipes, devendo a inclusão deste profissional ser avaliada pelo gestor. Outra parte do trecho diz: “Entende-se gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior” (Brasil, 2017b, não paginado). Infere-se que o gestor pode escolher se contrata um gerente com nível superior ou apenas qualificado para tal cargo. Além disso, também não define o incentivo para a contratação desse novo membro da equipe.

O custeio mensal da Gerência da Atenção Primária está previsto na Portaria de Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. O custeio mensal será de R\$ 713,00 para municípios que possuem apenas uma equipe e Unidade de Saúde da Família (USF) e R\$ 1.426 para Municípios que possuem mais de uma equipe no total, repassando tal valor para unidades com duas ou mais equipes, ou ainda, a cada duas unidades de saúde nas quais atua apenas uma equipe (Brasil, 2017b).

A atuação do gerente da USF na coordenação destes espaços será estratégica e deverá ter como norte o disposto na Política. São atribuições dos gerentes:

I.- Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS; II.- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais; III.- Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas; IV.- Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; V.- Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos; VI.- Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe; VII. Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos; VIII.- Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom

uso dos recursos e evitando o desabastecimento; IX.- Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS; X.- Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis; XI.- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território; XII.- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros; XIII.- Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social; XIV.- Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e XV.- Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências (Brasil, 2017b, cap. 4.2.5, sem página).

ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A PNAB 2017

A revisão da PNAB em 2017 ignora e acentua problemas e desafios reconhecidos da APS no Brasil, como a posição periférica no sistema de saúde e a formação e fixação de trabalhadores alinhados ao projeto transformador do SUS (Almeida et al., 2018).

Vale ressaltar que a implementação da última versão da Política em discussão, não dependeu exclusivamente do seu texto, mas sim do desenrolar do emaranhado de interesses corporativos, políticos e econômicos que se fizeram fortemente presentes durante todo o processo de discussão e reformulação da política (Almeida *et al.*, 2018).

Cecílio e Reis (2018) trazem alguns questionamentos acerca dessa revisão, como o que se pretende com o estabelecimento de distintos padrões de APS e se esta reformulação possui intenções para a ampliação do mercado com as clínicas privadas populares.

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 APS 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 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 (Morosini; Fonseca, 2017).

Segundo os pesquisadores da Rede de Pesquisa em Atenção Primária (Reis, 2017), a PNAB 2017 deveria ser revisada de modo a serem recompostos os seguintes propósitos: a universalização do acesso à APS resolutiva e de qualidade; o reconhecimento dos ACS como sujeitos da ação comunitária no território para

a promoção da saúde; o financiamento suficiente e equitativo para a APS integral; o fortalecimento dos espaços democráticos de participação e controle social; a mediação de ações intersetoriais para incidir na determinação social, promover a saúde e reduzir as desigualdades; a promoção de uma gestão pública democrática, participativa e transparente e a formação de profissionais de saúde para a APS integral.

Portanto, gera-se a dúvida quanto ao significado da universalidade almejada e do escopo da atenção primária à saúde pretendida. Há uma disputa entre garantir acesso universal com equidade conforme necessidades, independente da renda, em sistemas públicos universais de saúde como o SUS, e expandir cobertura com seguros focalizados (privados, públicos ou subsidiados) com cesta de cuidados básicos selecionados, cristalizando iniquidades (Giovannella, 2018).

Nesse contexto, reiteram-se abordagens seletivas da atenção primária à saúde para alcance de um universalismo básico, e precisamos estar atentos à defesa da expansão da atenção básica no SUS em uma concepção de atenção primária à saúde integral (Giovannella, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se que o texto da PNAB 2017, possui uma redação cuidadosamente astuciosa e envolvente, trazendo conceitos reconhecidos e importantes congruentes com as diretrizes da APS, mas através de uma análise crítica e reflexiva é possível interpretar a sua intencionalidade deletéria para o Sistema Único de Saúde brasileiro.

É notório que as mudanças realizadas na PNAB foram estratégias de cunho político e econômico, o que pode gerar grandes impactos no acesso à saúde, ferindo diretamente os princípios e diretrizes que regem o SUS, além de enfraquecer a ESF, que foi criada e se postulou, por anos, como modelo ordenador da APS.

Para tanto, a PNAB 2017 suprime os princípios da universalização do acesso através da relativização da organização da APS, por meio do favorecimento de outros modelos de atenção à saúde, considerados obsoletos e insuficientes em relação aos problemas/ necessidades de saúde dos brasileiros. Esta política desconsidera descaradamente as evidências científicas em prol dos custos econômicos, levando ao retrocesso e evidenciando que o acolhimento, o território, o perfil sociodemográfico não mais terão espaço na programação do cuidado (Sperling, 2018).

Estas mudanças na Política Nacional de Atenção Básica podem trazer grandes impactos negativos no acesso à saúde, pois ferem os princípios e diretrizes do SUS e ainda enfraquece a ESF, que por anos foi o modelo ordenador da APS no Brasil.

Vale reforçar que após a versão da PNAB 2017, foi implementado o Previnde Brasil como novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS), instituído pelo Programa Previnde Brasil e posteriormente pela Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS que extinguiu o NASF-AB (Brasil, 2017c).

Contudo, os desafios da Atenção Primária e do SUS ao longo desses trinta e cinco anos, só fazem aumentar, devido às frequentes resoluções, emendas constitucionais e portarias que promovem o sucateamento do SUS e potencializam a privatização e a terceirização dos serviços de APS.

A portaria GM/MS nº 7.799/2025, publicada em 20 de agosto de 2025, altera as normas de cofinanciamento da APS, revogando portarias anteriores, inclusive o PREVINE BRASIL, entretanto ainda não é o suficiente para reparar os retrocessos da PNAB 2017.

Atualmente, oito anos após a última edição da PNAB, permanece a expectativa por uma versão que mantenha e reforce a Estratégia Saúde da Família como modelo prioritário da Atenção Primária à Saúde, assegurando a implementação dos princípios constitucionais e democráticos do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R. et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Rev. Panam. Salud Publica*, Washington, v. 42, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>. Acesso em: 10 fev. 2019.

ANDRADE, L. R. et al. Provimento e fixação de médicos na atenção primária à saúde no estado da Bahia. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 505-519, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220170316>. Acesso em: 17 out. 2021.

BASTOS, P. P. Z. Ascensão e crise do governo Dilma Rousseff e o golpe de 2016: poder estrutural, contradição e ideologia. *Rev. econ. contemp.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, e172129, ago. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-98482017000200209&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 fev. 2019.

BRASIL. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. *Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)*. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13467.htm. Acesso em: 07 out. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. *Aprova a Política Nacional da Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.027, de 25 de agosto de 2011. *Altera a Portaria n.º 648/GM/MS, de 28 de março de 2006*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2027_25_08_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica*... Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 7.799, de 20 de agosto de 2025. *Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, e revoga a Portaria GM/MS nº 5.668, de 1º de novembro de 2024, dispondo sobre metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde – APS no SUS. Diário Oficial da União*: seção 1, p. 97-98, 21 ago. 2025. Disponível em: [Ministério da Saúde. Acesso em: 14/12/2025](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt7799_21_08_2025.html)

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argumentum*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 6-23, 2018.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00056917, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X0005691>. Acesso em: 10 out. 2021.

DIAS JR, A. et al. National Primary Care Policy (2017) and the roles of community health workers. *Rev. Bras. Enferm.*, 2025;78(1):e20240230. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0230pt>

GIOVANELLA, L.; RIZZOTTO, M. L. F. Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma-Ata à Carta de Astana. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 6-8, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S100>. Acesso em: 11 nov. 2025.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>. Acesso em: 21 jul. 2021.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. *Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados*. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Rev. Invest. Constituc.*, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde Debate*, Londrina, v. 42, n. esp.1, p. 38-51, 2018.

MELO, E.; MIRANDA, L. Apoio Matricial na Atenção Básica.. In: MENDONÇA, M. H. M. et al. (org.). *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 425-449.

MENDONÇA, M. H. M. et al. Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. M. et al. (org.). *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 29-47.

MORI, A. Y. Análise da configuração da agenda de revisão da Política Nacional de Atenção Básica de 2017: contexto, problemas e alternativas. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, e00206316, 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, Londrina, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

MOTA, A. E. A regressão civilizatória e as expropriações de direitos e das políticas sociais. *Argumentum*, Vitória, v. 9, n. 3, p. 30-36, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários: agora mais que nunca*. Genebra, 2008.

PINTO, H. A. Análise da mudança da Política Nacional de Atenção Básica. *Saúde Redes*, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 191-217, 2018.

PINTO JUNIOR, E. P. et al. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária.. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, 2018.

PROJETO ICSAP. *Avaliação do impacto das ações do programa de saúde da família..* Belo Horizonte, 2012.

RAMOS, A. P. O quadro fiscal e o novo regime fiscal (EC 95): potenciais impactos para o desenvolvimento do Brasil. In: *Encontro Nacional de Economia Política*, 23., 2018, Niterói. *Anais..* Niterói: Sociedade Brasileira de Economia Política, 2018.

REIS, A. A. C. et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. *Saúde Debate*, Londrina, v. 40, n. esp., p. 122-135, 2016.

REIS, V. Contra a reformulação da PNAB - nota sobre a revisão da política nacional de atenção básica. Rio de Janeiro: Abrasco, 2017.

RODRIGUES, P. H. A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 37-60, mar. 2014.

SANTOS, F.; SZWAKO, J. Da ruptura à reconstrução democrática no Brasil. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. esp., p. 114-121, 2016.

SOUZA, L. A. et al. Relações entre a atenção primária e as internações por condições sensíveis.. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 39, p. e2017-0067, 2018.

SPERLING, S. Política Nacional de Atenção Básica: consolidação do modelo de cuidado ou conciliação com o mercado de saúde?. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 341-345, 2018.

TEIXEIRA, C. F. S.; PAIM, J. S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saúde Debate*, Londrina, v. 42, n. esp. 2, p. 11-21, 2018.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. Os impactos do novo regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília, DF: Ipea, 2016.