

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

ISABELA TÚBERO ENNES

TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL
ENSAIO SOBRE A HISTÓRIA, OS AVANÇOS E OS DESAFIOS NO PROCESSO DE
CONSTRUÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA BRASILEIRA

SÃO PAULO
2023

ISABELA TÚBERO ENNES

TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL
ENSAIO SOBRE A HISTÓRIA, OS AVANÇOS E OS DESAFIOS NO PROCESSO DE
CONSTRUÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA BRASILEIRA

Trabalho de Conclusão apresentado à Escola de
Administração de Empresas de São Paulo da
Fundação Getulio Vargas, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Gestão e
Políticas Públicas.

Orientador Prof. Dr. Marco Antônio Teixeira

SÃO PAULO
2023

ISABELA TÚBERO ENNES

TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL
ENSAIO SOBRE A HISTÓRIA, OS AVANÇOS E OS DESAFIOS NO PROCESSO DE
CONSTRUÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA BRASILEIRA

Trabalho de Conclusão apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão e Políticas Públicas.

Data de Aprovação:

___/___/___.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Marco Antonio C. Teixeira
(Orientador) – FGV-EAESP

Prof. Dr. Gustavo Andrey de Almeida Lopes
Fernandes
FGV-EAESP

Prof. Dr. Antonio Sérgio Araújo Fernandes

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental internacionalmente como modelo organizacional e assistencial, sendo o primeiro ponto de contato do cidadão com o sistema de saúde e coordenadora dos cuidados. No Brasil, sua trajetória começa desde os anos 1940, com a criação da Secretaria Especial de Saúde Pública (SESP), passando por iniciativas como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) até a Constituição de 1988. Ao longo do tempo, houve consolidação com a criação dos programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF), além das Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) em 2006 e 2011. No entanto, enfrenta desafios atuais como a redução de repasses federais, mudanças na PNAB, implementação do Previn Brasil, impactos da COVID-19 e mudanças de governo. O texto também explora conceitos e contextos internacionais para comparar a evolução da APS no Brasil e no mundo, destacando avanços, inovações e desafios estruturais para sua consolidação plena.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada, internacionalmente, o modelo mais estratégico de estruturação da assistência, tanto na perspectiva de modelo de organização do sistema de saúde, ao ser o primeiro contato do cidadão com o sistema de saúde e como coordenadora dos cuidados, garantindo o acesso à saúde de maneira mais abrangente e efetiva, assim como na perspectiva de modelo assistencial, por seu enfoque na prevenção e promoção à saúde, a partir de uma estratégia territorializada e coletiva, rompendo com o modelo curativo e hospitalar.¹

A proposta deste ensaio é traçar a trajetória de construção da APS no Brasil, desde o período antecedente ao SUS: partindo dos anos 1940, com a criação da Secretaria Especial de Saúde Pública (SESP), no anos 1960, pelo Departamento de Medicina Preventiva (DMP), anos 1970 e 1980, pelas experiências municipais de organização de saúde até a criação o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) até a promulgação da Constituição de 1988; passando pelo processo de consolidação: criação dos programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF) em meados de 1990 e publicação das Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) de 2006 e 2011; até os desafios atuais: redução de repasses federais com a PEC 55/2016, PNAB de 2017, implementação do Previne Brasil, impactos da COVID-19 e contexto atual com a mudança de governo. Apresentando os avanços e inovações para garantia do acesso da população brasileira à saúde básica e dando visibilidade para os desafios estruturais para sua consolidação plena. Além disso, o trabalho traz conceitos e contextos internacionais sobre a atenção primária para que seja possível uma comparação entre os momentos vividos no Brasil e no mundo.

CONTEXTOS HISTÓRICOS E CONCEITOS

A primeira vez que o conceito de APS foi utilizado foi no Relatório Dawson em 1920, base para estruturação do sistema de saúde inglês e que apresenta uma alternativa ao modelo hospitalar-curativo para redução dos elevados custos de saúde, levando em consideração o crescimento da complexidade para oferta de assistência em saúde. A proposta inaugura a ideia de hierarquização de níveis de atenção, tendo centros primários como porta de entrada para os cuidados em saúde e é desenvolvida a partir de duas principais premissas: (i) a integralidade do

cuidado, com foco em prevenção e no entendimento que a saúde é mais do que a lógica curativa de doenças e que deve contemplar o indivíduo em seu contexto socioeconômico e cultural; e (ii) a regionalização, o entendimento que os serviços devem estar distribuídos em rede, levando em consideração as necessidades de cada local e as características de sua população.^{2,8}

Entretanto, foi nos anos 1970, em que o conceito de hierarquização dos níveis de atenção, tendo a atenção primária como porta de entrada ganhou relevância no cenário mundial.

Na época, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou uma campanha global com o objetivos para garantia e promoção da saúde, tendo a atenção primária à saúde como o elemento-chave para o alcance de resultados satisfatórios.

Já fim da década de 1970, aconteceram duas conferências que definiram duas linhas principais de interpretação do modelo: a Conferência de Alma-Ata em 1978 e no ano seguinte, a Conferência de Bellagio.^{1,2}

A Conferência de Alma-Ata, em 1978, organizada pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância (Unicef) teve a representação de 193 governos e definiu a atenção primária a partir de um modelo abrangente:

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para todos os indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários, são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo e possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde. (UNICEF, 1979)

A conferência foi considerada, por alguns, um modelo abrangente demais e pouco propositivo, gerando incômodo em atores econômicos que estavam diretamente ligados ao fornecimento de insumos para campanhas e serviços verticais de acesso à saúde. Assim, no ano seguinte, na Itália, aconteceu a Conferência de Bellagio organizada pela Fundação Rockefeller com a participação e endosso do Banco Mundial, em que foi discutida uma visão seletiva da atenção primária, com objetivos claros e restritos e sem acesso a outros níveis de saúde, destinada às necessidades de grupos populacionais de extrema pobreza.²

A partir dessas experiências são desenhados dois modelos principais de implementação de atenção primária em saúde. Em países ricos, principalmente países europeus, a APS refere-se, de uma maneira geral, aos serviços de primeiro contato que são integrados a um sistema de saúde e tem como figura principal, o médico de família ou médico generalista. Ainda que não seja o modelo formulado na Conferência de Alma-Ata, na qual a APS considera a importância da resolução de problemas coletivos, a partir de uma atuação intersetorial com participação social, o modelo europeu ainda sim, constitui-se enquanto modelo abrangente ao garantir acesso universal aos serviços de saúde.

Nesse sentido, com o objetivo de criar convergência entre as experiências de implementação com níveis diferentes de abrangência, Barbara Starfield (2002) definiu atributos que delimitam e avaliam o modelo abrangente de APS, sendo eles:

- (i) Primeiro contato: a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, início e encaminhamento para outros níveis de atenção em saúde;
- (ii) Continuidade ou longitudinalidade: estabelecimento de vínculo e continuidade da relação entre equipe de saúde e indivíduo, havendo ou não eventos de adoecimento;
- (iii) Integralidade: oferta de ações preventivas e curativas que leve em consideração o indivíduo enquanto sujeito inserido em um contexto socioeconômico e cultural;
- (iv) Coordenação: coordenação dos cuidados e acompanhamento do indivíduo ainda que ele esteja em outro nível de atenção.

Já a atenção primária seletiva foi amplamente difundida em países pobres, em especial, países do continente africano, e apoiada e financiada por agências internacionais, como Unicef, Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo de aumentar a cobertura de saúde nesses locais a partir de programas focalizados, verticais e de baixa tecnologia com uma cesta de serviço restrita, principalmente, ao grupo materno-infantil, sendo as principais intervenções: monitoramento de crescimento infantil, reidratação oral, amamentação e vacinação, complementação alimentar, planejamento familiar e alfabetização de mulheres. A abordagem seletiva é defendida por ser conter objetivos claros e facilidade na medição para avaliar o alcance de metas. Contudo, essa abordagem não é emancipatória, na medida em que não garante melhoria na qualidade de indicadores socioeconômicos, nem das necessidades básicas para melhoria contínua da situação de saúde desses grupos e populações, uma vez que as ações não são integrais, nem territorializadas. ^{1,2}

Esses dois principais modelos de implementação da APS refletem, também, a forma como a saúde é financiada nos países. De maneira geral, os países ricos, com a exceção dos Estados Unidos, têm um gasto público com saúde superior ao gasto privado, uma vez que os sistemas de saúde e de seguridade social são mais abrangentes e, a APS é a coordenadora e porta de entrada dos cuidados. Já os países de média e baixa renda, aqueles que, em sua maioria, adotaram o modelo seletivo, têm um gasto de saúde privado superior ao gasto público, uma vez que seus sistemas de saúde são menos estruturados.

Desde o início dos anos 2000, a OMS vem reconsiderando o apoio a APS seletiva, revisitando a Conferência de Alma-Ata e as formulações propostas naquele momento como estratégia de fortalecimento da saúde, tendo em vista que as intervenções focalizadas não contribuíram para o aumento da qualidade de vida e bem-estar, nem para um melhor acesso aos serviços de saúde, uma vez que são programas desconectados do contexto socioeconômicos dos população. Essa reflexão vem do fato de que o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional combinado ao aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e a incorporação de novas tecnologias, têm gerado o aumento dos gastos em saúde em todo mundo, acarretando a necessidade de um maior investimento público, de maneira geral.^{1,2}

Durante a revisão dos modelos de atenção primária, a OMS produziu um resumo comparativo que nos permite visualizar os benefícios do modelo abrangente, aqui chamada de APS integral renovada, apesar de todas as barreiras econômicas para sua implementação efetiva:²

Comparação das características de implementação da APS seletiva e da APS integral renovada	
APS seletiva	APS integral renovada
Acesso a um pacote básico de intervenções em saúde e de medicamentos essenciais para populações rurais pobres;	Transformação e regulamentação dos sistemas de saúde existentes, com o objetivo de acesso universal e proteção social da saúde;
Concentração em saúde materno-infantil;	Preocupação com a saúde de todos os membros da comunidade;
Focalização em pequeno número de doenças selecionadas, principalmente infecciosas e agudas;	Resposta integral às expectativas e necessidades das pessoas, alargando o espectro de risco e de doenças cobertas;
Melhoria em higiene, água, saneamento e educação para a saúde das comunidades;	Promoção de condições e estilo de vida saudáveis e mitigação dos riscos sociais e ambientais;
Tecnologias simples por trabalhadores de saúde comunitários, não profissionais e voluntários;	Equipes de profissionais da saúde para facilitar o acesso ao uso apropriado da tecnologias em medicamentos;
Participação vista como mobilização de	Participação institucionalizada da sociedade civil em políticas e

recursos locais;	mecanismos de responsabilização e prestação de contas;
Gestão de recursos escassos e redução de postos de trabalho;	Aumento dos recursos para saúde para alcance de cobertura universal;
Atenção primária como antítese do hospital;	Atenção primária como coordenadora de uma resposta integrada em todos os níveis - garantindo continuidade da atenção e enfrentamento de problemas crônicos;
Atenção primária é barata e requer apenas um modesto investimento;	Atenção primária não é barata e requer investimentos consideráveis, porém é mais eficiente do que qualquer outra alternativa;

E, mais recentemente, em 2018, a Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou uma resolução que reforça e enfatiza, em concordância com a OMS, a importância dos países garantirem o financiamento público suficiente para o fortalecimento dos sistemas de saúde e o aumento da alocação de recursos para APS, que é pilar fundamental para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) ligados à saúde.¹⁰

TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Na contramão do que era habitual em países de baixa e média renda, o Brasil, optou pela abordagem abrangente no processo de estruturação da atenção primária à saúde. Processo este que foi bastante influenciado pelas experiências vivenciadas entre nos anos 1970 e 1980 lideradas pelo Movimento Sanitarista, com o entendimento de que a saúde, enquanto política social, faz parte das condições socioeconômicas de uma população e por isso, deve atuar de maneira intersetorial, a orientação territorialização voltada integralidade do indivíduo e para construção de vínculo entre as equipes de saúde e famílias e comunidades e a garantia de participação social para o enfrentamento de problemas de maneira coletiva.

Aliás, no Brasil, a atenção primária à saúde é comumente chamada de Atenção Básica. Apesar de parecer uma simples diferença de nomenclatura, intitular a porta de entrada e coordenadora dos cuidados em saúde de Atenção Básica resume de maneira qualitativa o que os precursores do movimento entendiam por acesso à saúde. Básica está relacionado ao que é essencial, fundamental e primordial, ou seja, a base: a garantia de direitos ao acesso à saúde que busca promover, prevenir, reabilitar e tratar a população de maneira integral.²

Com a criação do Sistema Único Brasileiro (SUS), a AB brasileira passou a estruturar-se enquanto modelo de organização do sistema de saúde, nesse sentido, ainda contava com

programas focalizados e verticais, mas com o objetivo de ampliar a cobertura de proteção básica no país e garantir um modelo assistencial minimamente nas bases do modelo abrangente de APS. Além disso, especialmente, entre os anos 1994 e 2016, trouxe inovações importantes ao modelo, a partir do foco em equipes multiprofissionais, desvinculando o modelo médico centrado, com um destaque principal para atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e na estratégia de hierarquização e descentralização dos serviços de saúde, cabendo aos municípios a sua gestão e organização.

Hoje, a atenção básica significa para muitos brasileiros o único contato com a saúde, especialmente em locais periféricos e em vazios assistenciais, mas ainda sim, sua cobertura é de 76% do país, ou seja, ¼ da população brasileira, cerca de 50,6 milhões de pessoas ainda não tem acesso nível mais básico de assistência. Os dados mais atualizados mostram a evolução e consolidação da atenção básica desde a criação do SUS, entre 1998 e 2018, a Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo de organização e de assistência da AB, foi adotada por 95% dos municípios brasileiros. Além disso, até dezembro de 2020, o número de equipes cresceu de 2 mil para 43 mil, passando a cobrir 63,6% da população, cerca de 130 milhões de pessoas. Aqui vale mencionar que hoje, o Brasil passa por um sério problema de apagão de dados, em todos os âmbitos da gestão federal, o dado mais atualizado sobre a cobertura de AB é de 2020, e por isso, muito embora os dados sejam oficiais, muito provavelmente estão defasados.^{3,11,12}

Apesar de diversos avanços consolidados em sua estruturação, a atenção básica brasileira ainda enfrenta muitos desafios, principalmente devido ao tamanho continental do país e suas diferenças socioeconômicas e culturais que impactam em capacidades diferentes de alocação de recursos dos municípios e por isso, provocam variações tanto na oferta quanto na qualidade dos serviços prestados.

Entre eles, o financiamento. Uma vez que apesar de termos optado por um modelo mais abrangente de APS, o Brasil é um país de renda média com recursos relativamente escassos e que ainda investe mais no modelo curativo-hospitalar, ou seja, nos níveis de atenção especializados - e que vale dizer são níveis que requerem muito mais recursos, do que no nível básico voltado para promoção e prevenção à saúde. Além disso, desde 2017, os repasses federais aos municípios estão cada vez mais defasados com a aprovação do teto de gastos e de novos modelos de financiamento.

Antecedentes Históricos e Experiências Prévias

O Brasil vive, desde os anos 1920, experiências em saúde com características de atenção primária à saúde e a partir dos anos 1940, programas de caráter seletivos e focalizados passaram a ser implementados. Mas foi nos anos 1970 que a APS começou a ser realmente estruturada no país.

Como dito, nos anos 1940, o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) iniciou a centralização e a focalização das ações de saúde pública direcionadas para doenças específicas por meio do Serviço Especial de Saúde (SESP) criado em 1942, fruto do convênio entre os governos brasileiros e norte-americanos e a Fundação Rockefeller - a mesma fundação que mais tarde, na década de 1970, liderou a Conferência de Bellagio para discussão da APS seletiva e verticalizada, com o objetivo de prestar serviços de saúde para regiões produtoras de matéria-prima no Brasil, como o Vale do Rio Doce. O modelo SESP segue os moldes clássicos de saúde preventiva e seletiva norte-americana com programas que contemplavam ações preventivas e curativas, assistência domiciliar e ambulatorial e campanhas sanitárias, mas sem nenhuma articulação com os demais serviços de saúde.^{1,2}

Foi durante os anos 1960 que surgiram as primeiras experiências ligadas às escolas de medicina do país. A partir da abordagem da medicina comunitária, ações foram desenvolvidas em diversas localidades do país com a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), contribuindo para uma relativa ampliação de acesso a serviços de saúde em regiões mais pobres.^{1,2}

As experiências ligadas aos DMP e o Movimento da Reforma Sanitária, formado por grupos de estudantes, profissionais da saúde, professores das escolas de medicina e técnicos do Ministério da Saúde (MS), inauguraram um novo debate para atenção primária na década de 1970, contrapondo a racionalização seletiva norte-americana. É nesse momento que a interpretação da APS abrangente passa a ganhar espaço na discussão da saúde pública brasileira - assim como internacionalmente, com o debate de um modelo que viabilizasse uma intervenção mais ampla, que considerasse o indivíduo enquanto parte de uma comunidade, não limitando-se a olhar apenas para doença, mas para suas condições de vida. Mais democrática e inclusiva, com a visão de que a saúde deveria ser uma política social conectada a outras áreas, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento econômico e social da população e na redução de desigualdades e contemplando a participação social por meio da inclusão pelo trabalho.^{1,2}

Como resultado desse debate foi criado, em 1976, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) que destinava recursos para construção de unidades básicas de

saúde e para celebração de convênios nas três esferas do governo com o objetivo de expandir serviços de atenção básica em cidades de pequeno porte. Ainda que tenha funcionado de maneira focalizada, como um piloto nas regiões mais pobres do nordeste coberta pela Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene), o Piass colocou em discussão a reorganização do modelo de organização do sistema de saúde ao ser uma das primeiras iniciativas de descentralização e hierarquização dos serviços, tendo as unidades de saúde como porta de entrada para outros níveis atenção e a integração de uma rede única de assistência. ^{1,2}

A partir de 1983, foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), um projeto intersetorial entre o MS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e as secretarias estaduais e municipais de saúde com a proposta de organização de serviços básicos nos municípios, tendo as unidades básicas como porta de entrada e responsáveis por ações preventivas e curativas. ²

Nessa perspectiva, na promulgação da Constituição Federal de 1988, foi garantido o direito à saúde universal e abrangente e, construído as bases e diretrizes para construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e que a define como:

Um direito social e um dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. (Constituição Federal, 1988, art. 196)

Atenção Básica no SUS

Entre as definições para construção do SUS expressas na Constituição Federal de 1988, estão as diretrizes para sua organização e funcionamento, entre elas, a garantia de serviços de saúde universais, equânimes e integrais que contem com a participação social para sua efetivação. Além disso, estabelece que o sistema de saúde brasileiro deve ser estruturado a partir de uma rede hierarquizada, com três níveis de atenção à saúde; regionalizada, na qual fosse possível identificar as especificidades e necessidades de cada região; e descentralizada, cabendo a cada esfera de governo deveres e responsabilidades, entre elas, a dos municípios de gerir a rede básica de atenção. ^{1,2}

No processo de regulamentação do SUS, a lei orgânica da saúde, nº8.080/90 e a lei 8.142/90 garantem as definições previstas na constituição, dispondo sobre a organização e o funcionamento dos serviços em saúde e o modelo de financiamento. ⁴

Nos primeiros anos de SUS, até meados da década de 1990, as medidas estavam direcionadas principalmente para o financiamento e a descentralização dos serviços de saúde, por meio da publicação de Normas Operativas Básicas (NOB). Com isso, o modelo assistencial ainda estava voltado para lógica curativa-hospitalar, cabendo às ações de promoção à saúde e prevenção apenas programas focalizados.

Entre esses programas está o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado em 1991, inspirado em experiências municipais disseminadas pelo país. O PACS foi implementado em áreas vulneráveis da região Nordeste do país para o enfrentamento das crescentes taxas de morbimortalidade infantil.

O programa trouxe uma das principais inovações e bases para efetivação da atenção básica no Brasil, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os ACSs são atores catalisadores e de capilarização das ações em saúde por serem profissionais que moram no território de abrangência da unidade de saúde, inseridos no contexto socioeconômico e cultural da população. São líderes comunitários, pessoas que se relacionam com a sua comunidade e por isso, são capazes de construir vínculos e relações de confiança com as famílias, estabelecendo uma ponte importante com as equipes de saúde.

Alguns anos depois, em 1994, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), como uma espécie de continuidade e ampliação em nível nacional das ações do PACS e de experiências locais bem-sucedidas e como estímulo que os municípios assumissem, gradativamente, a gestão e organização da atenção básica. O PSF foi o primeiro programa de caráter abrangente, ainda que com ações focalizadas, e gerou um importante movimento de reordenação do modelo assistencial do SUS, alterando o foco da lógica curativa-hospitalar para ações de promoção à saúde e prevenção.

Além disso, o Saúde da Família marca uma mudança importante na adoção da atenção primária abrangente, garantindo avanços em termos de modelo organizacional, de porta de entrada, aumentando o acesso ao nível básico de saúde e na estruturação das bases do modelo assistencial da atenção básica brasileira: a concepção de equipes de saúde multiprofissionais territorializadas que desenvolvem ações continuadas, intersetoriais e centradas na família, não mais no indivíduo a partir do conhecimento do contexto local e respaldo a participação popular por meio da articulação com a comunidade.

Em termos normativos, a NOB 96 foi fundamental para consolidação do PACS e do PSF e decisiva na perspectiva da descentralização financeira do SUS, ao definir incentivos financeiros para os municípios que aderissem aos programas, estimulando maior autonomia e responsabilidades para os gestores municipais.⁵

A principal inovação proposta pela norma operacional é a mudança no modelo de financiamento da atenção básica. Até aquele momento, o pagamento era feito por serviços previamente prestados e a partir da classificação da condição do sistema de saúde municipal, portanto, quanto maior a estrutura e o número de equipamentos de saúde, maior eram os repasses financeiros do governo federal. Com a NOB 96 foi criado o Piso da Atenção Básica (PAB) que assegura aos municípios, mesmo aqueles com menor estrutura, a transferência regular e automática de incentivos realizada diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde.⁵

Implementado em 1998, o PAB é considerado a mais importante iniciativa de fomento à expansão da atenção básica no Brasil.³ Com característica redistributiva, foi decisivo para desenvolvimento e acesso a serviços de saúde em municípios menores e mais pobres com menor infraestrutura.

O piso da atenção básica é dividido em dois componentes: PAB fixo, repasses automáticos e regulares com base no tamanho da população dos municípios, com o intuito de estabelecer uma base mínima do valor para o país; e o PAB variável incentivos adicionais vinculados à adesão, pelos municípios, de programas específicos ofertados pelo MS.⁴

A implementação do PAB refletiu diretamente na adesão ao PSF, o número de municípios saltou após a sua implementação de 772 municípios em 1997 para 1.898 em 1999, após um ano de repasse.⁶

Houve uma variação 32% na distribuição total dos repasses *per capita*, partindo de R\$8,10 em 1997 para R\$10,68 em 1999. Quando olhamos para as regiões do país, a principal variação é da região norte, que teve um aumento de 68% no valor *per capita* nesse mesmo período, saindo de R\$6,01 para R\$10,10. Enquanto estrutura, o impacto do PAB Fixo é de 10% no aumento de equipamentos de saúde por 100.000 habitantes no mesmo período.⁵

Posteriormente, em 2006, com a publicação da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o PSF passou a chamar-se Estratégia Saúde da Família (ESF) e reconhecido como

modelo prioritário de implementação da AB no SUS.² Com isso, algumas alterações foram feitas, entre elas, a necessidade de adoção da estrutura de equipe saúde da família definida pela PNAB, além de outros recursos incorporados pelo PAB variável.⁷

Entre eles, o Programa Saúde na Escola (PSE), que tem como objetivo a promoção da saúde em crianças e adolescentes matriculados na rede pública de ensino e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), uma equipe multiprofissional que tinha por objetivo ampliar a oferta de serviços de saúde e para apoio matricial das equipes de saúde.²

A imposição da estrutura da equipe de saúde da família, que no primeiro momento funcionava como incentivo para adoção do ESF, tornou-se um empecilho para estruturas já conformadas por equipes da AB pelo país.

Em 2011, com a reedição da PNAB, a estrutura da equipe passou a ser flexibilizada e, para adoção à ESF, ainda que com diferentes arranjos de equipe de saúde, seria obrigatório a territorialização e conhecimento da área adscrita.

Ao PAB Fixo, foi adicionado um critério de vulnerabilidade socioeconômica dos municípios no cálculo do valor *per capita*. Já ao PAB variável foram adicionados novos incentivos, como adesão aos Consultórios na Rua e à Saúde da Família Fluviais e Ribeirinhas e a criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Composto de 24 indicadores, o PMAQ tinha como objetivo ser indutor da melhoria contínua da qualidade da assistência e foi reconhecido como um dos maiores programas de remuneração por desempenho do mundo na atenção primária.^{3,8}

A PNAB de 2011, também, traz dois novos componentes importantes para o acesso e qualificação dos serviços de saúde: o Requalifica UBS, programa federal de investimento na estruturação e adequação de unidades de saúde e o Mais Médicos, que garantiu assistência de médicos de famílias para 20 mil equipes de saúde em regiões vulneráveis e distantes.⁸

Cenário Atual

Entre os anos de 1994 e 2016, a atenção básica veio num processo gradativo e contínuo de ampliação do acesso à saúde e qualificação da assistência, em função, principalmente, da estratégia saúde da família e do modelo de financiamento que garantia um piso mínimo nacional e recursos adicionais atrelados a programas e a qualidade assistencial. Entretanto, com o agravamento da crise econômica do país, foi aprovada, em 2016, uma emenda à constituição

que passou a limitar os investimentos nas áreas sociais, entre elas a saúde, por 20 anos.³ E, a partir de 2017, o valor dos gastos em saúde deveria ser o mesmo do ano anterior corrigido pela inflação.

Com isso, ainda em 2017, a PNAB passou por mais uma revisão, tendo como principal mudança a redução do número mínimo de profissionais na composição das equipes de saúde por território, impactando diretamente na qualidade assistencial e nas ações de promoção à saúde e prevenção, principalmente para regiões e municípios mais pobres.³

Já em 2019, foi lançado o Previne Brasil, programa que substitui o modelo de financiamento do PAB para o pagamento vinculado ao desempenho das equipes de saúde a partir de um conjunto de indicadores proposto pelo MS e define incentivos atrelados à adoção de ações prioritárias. Além disso, o valor *per capita* do município foi alterado para o número de pessoas cadastradas por equipe de saúde, com ponderação por critério de vulnerabilidade, perfil demográfico e localização.³

Nesse sentido, o Previne Brasil altera a lógica universal e abrangente da atenção básica que vinha, apesar dos desafios, em crescimento contínuo e impacta diretamente nos indicadores de saúde. Em um primeiro momento, a mudança do valor *per capita* para número de pessoas cadastrada transforma, automaticamente, a atenção básica em seletiva e focalizada, sem considerar ainda as possíveis barreiras que municípios mais pobres e com um número maior de população em situação de vulnerabilidade enfrentam para o registro das pessoas, refletindo em uma redução ainda maior de um recurso fundamental para oferta de serviços de saúde nessas localidades.³

Outro ponto é que atrelar o cálculo de transferências intergovernamentais ao desempenho das equipes em indicadores específicos reflete na qualidade e na oferta dos serviços, uma vez que as equipes, já reduzidas, tendem a focar nos serviços atrelados a esses indicadores, deixando de realizar ações importantes para promoção e prevenção à saúde, rastreamento e conhecimento da área de abrangência, entre tantas outras ações significativas para o modelo de atenção básica brasileiro, que desde sua concepção trabalha para redução de desigualdades socioeconômicas e para a oferta de um serviço mais equânime e justo para toda a população.³

O cenário da atenção básica brasileira, que já vinha enfrentando desafios com a defasagem no financiamento, a redução no quadro de funcionários e a desigualdade de acesso, tornou-se ainda mais preocupante com o surgimento da pandemia de COVID-19. A nova infecção respiratória

aguda causada pelo vírus SARS-CoV-2 e com alta capacidade de transmissão causou colapso e graves impactos em diversos sistemas de saúde no mundo e, foi ainda mais severa com os níveis básicos de atenção, responsáveis pelo primeiro contato com a população.¹³

Ainda assim, existia uma expectativa internacional que o Brasil pudesse dar uma resposta diferente do mundo no controle do número de casos justamente pela estrutura da assistência básica no país que vem sendo construída há décadas e, em especial, pelo grande esforço de territorialização e rastreamento das áreas de abrangência da AB e o papel desempenhado pelos agentes comunitários de saúde. Mas ao contrário do esperado, o desempenho do país frente a essa crise sanitária sem precedentes foi reflexo das escolhas feitas nos últimos anos: o Brasil registrou 37.258.663 casos e 700.239 óbitos. Para efeito de comparação, a população brasileira corresponde a quase 3% da população mundial, mas o número de mortes em decorrência da COVID-19 chegou a corresponder a 12,4% da mortalidade da doença no mundo.^{14,15}

Tudo isso influenciado por um governo que já vinha em um processo de desmonte da AB e, que aprofundou a crise sanitária ao demorar a dar respostas baseadas em evidências e, ainda pior, ao ser contrário a recomendações científicas, como o apagão de dados e a falta de boletins oficiais sobre o cenário da pandemia no Brasil, o atraso na compra de vacinas, o fracasso no programa vacinal - em que o Brasil até então era uma referência mundial, notas técnicas com recomendações de uso de medicamento para o tratamento da doença já comprovadamente ineficientes. Sem contar as inúmeras suspeitas de superfaturamento de EPI's, equipamentos hospitalares, vacinas e medicamentos.

Com a troca de governo no início de 2023, a nova equipe do MS já deu indícios de retomada nos investimentos e na priorização da atenção básica no país. Em pouco menos de 4 meses, já temos alguns avanços. Entre eles, a retomada do Programa Mais Médicos e o sancionamento da lei que reconhece os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes Comunitários de Endemia enquanto profissionais de saúde. Além disso, outra ação importante é o projeto de lei do Piso Nacional da Enfermagem que impacta diretamente na assistência básica que está sendo transitado no legislativo.

Fato é que teremos um longo caminho pela frente para restituir o que foi descontinuado na atenção básica entre os anos 2017 e 2022, atrelado aos resquícios da fase aguda da pandemia de COVID-19 que permanecem impactando o dia a dia dos profissionais de saúde e todos os outros desafios que já existiam. Ao mesmo tempo, a boa notícia é que a atenção primária à

saúde tem ganhado cada vez mais espaço no cenário mundial, em especial o modelo mais abrangente, enquanto principal modelo de coordenação e assistência em saúde, o que nos faz vislumbrar a possibilidade de aumento em investimentos, pesquisas e debates sobre a temática e, assim, o seu fortalecimento no Brasil e no mundo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um momento em que países de características semelhantes ao nosso apostaram em um modelo seletivo, o Brasil garantiu a saúde enquanto direito da população e dever do Estado e adotou uma estratégia abrangente para o modelo de atenção básica no Brasil. Além disso, trouxe grandes inovações ao longo do processo de consolidação, como o importante papel desempenhado pelos ACSs, as equipes multiprofissionais, os diferentes arranjos de equipamentos de saúde que fosse possível chegar em lugares mais distantes e vulneráveis, como a Saúde da Família Fluvial e Ribeirinha e a descentralização e o protagonismo dos municípios na gestão da rede básica de saúde.

Apesar disso, as mudanças dos últimos anos trouxeram o subfinanciamento na área da saúde e em especial, o novo modelo de financiamento da atenção básica, que reduz o valor per capita do repasse e enfraquece o modelo assistencial, compromete os indicadores de saúde, principalmente das regiões mais pobres e distantes do país que dependem diretamente desse repasse federal para oferta de serviços básicos de saúde, atrelados os desafios impostos pela pandemia da COVID-19.

A AB ainda tem problemas estruturais que desafiam sua consolidação no país, agravados pelo desmonte dos últimos anos, entre eles:

(i) Financiamento: Ainda que o modelo de financiamento da AB seja inovador, com atributos fixos e variáveis que garantem um investimento mais equânime entre as diversas realidades dos municípios brasileiros, o valor do repasse fixo está bastante defasado, tendo em vista os cortes na saúde impostos pelo teto de gasto e a mudança do modelo de repasse para usuários cadastros e não mais área de abrangência do território.

Outro debate importante é em relação a divisão de recursos entre os níveis de atenção, a atenção básica é pouco valorizada em relação aos níveis secundários e terciários, sem levar em consideração a necessidade de maior regulação na saúde suplementar. Para que haja de fato uma mudança de cultura, priorizando para prevenção e promoção à saúde, até como forma de economizar recursos públicos, será necessário colocar esse debate

em pauta e a partir disso, rever a distribuição de recursos entre os níveis de atenção para um maior investimento na AB.

O financiamento da AB impacta diretamente todos os outros desafios.

(ii) Garantia de Acesso: É sabido que o acesso a saúde é desigual no Brasil e, ainda que a AB seja prioritariamente o nível com maior abrangência do país, a falta de priorização no repasse de recursos impacta diretamente no acesso a serviços em regiões mais vulneráveis e distante dos grandes centros.

(iii) Recursos Humanos e Capacitação de Profissionais: Outro ponto que é bastante impactado em função da falta de investimento na atenção básica é a defasagem de recursos humanos e a diminuição de concursos públicos. Não é incomum ter equipamentos de saúde com equipes reduzidas e sobrecarregadas, em especial em áreas de vulnerabilidade ou distante dos grandes centros. Além disso, existem desafios relacionados à formação e capacitação de profissionais de saúde para atuar no nível básico de atenção, levando a uma resolutividade menor do que a capacidade da atenção básica e reforçando o modelo curativo-hospitalar.

E, por fim (iv) Articulação em Rede: a integração, comunicação e coordenação, entre os diferentes níveis de assistência, ainda é um desafio. O processo de referenciamento e contrarreferenciamento é bastante descompassado, causando muitas vezes a retenção de usuários nos níveis especializados. Além disso, em função da cultura curativo-hospitalar, muitos deles não querem voltar para a rede básica, porque entendem que a atenção especializada é melhor.

Ainda assim, poder enumerar desafios para o fortalecimento da AB demonstra que o país já tem uma estrutura mínima de serviços fundamentais de saúde. Os avanços realizados desde a instituição do SUS foram essenciais para a garantia de acesso a serviços de saúde em um país tão grande quanto desigual. A atenção básica significa ainda, para muitos, o único acesso a serviços de saúde.

Com a mudança de governo, já tivemos alguns avanços em direção a retomada da priorização da atenção básica no país, indo ao encontro do que está sendo debatido no cenário internacional. Aqui, fica a expectativa de uma nova reedição da PNAB para consolidação do compromisso com a AB e restituição do que foi descontinuado e avanços em direção a superação dos desafios estruturais.

De qualquer forma, teremos um longo passado pela frente.

REFERÊNCIAS

- ¹ Fausto, M. C. R., Matta, G. C.. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).
- ² GIOVANELLA, L., et alt. orgs. Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 2nd. ed. rev. and enl. ISBN 978-85-7541-349-4. Available from SciELO Books
- ³ MASSUDA A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4):1181-1188, 2020
- ⁴ GOMES; BARBOSA; FERLA (Orgs.), Financiamento da Atenção Básica à Saúde no Brasil: do piso da atenção básica à remuneração por desempenho. In: *Atenção básica : olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB)*. 1.ed. Porto Alegre : Rede Unida, 2016. p. 101-123
- ⁵ COSTA, N. R. & Pinto, L. F. Avaliação de Programa de Atenção à Saúde: Incentivo à oferta ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4):907-923, 2002
- ⁶ CÔELHO D. B., Cavalcante. P, Turgeon M. Mecanismos de difusão de políticas sociais no Brasil: uma análise do Programa Saúde da Família. *Revista de Sociologia e Política*, 2015
- ⁷ BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Básica Ministério da Saúde (PNAB), Distrito Federal, 2006
- ⁸ BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Básica Ministério da Saúde (PNAB), Distrito Federal, 2012
- ⁸ PORTELA, G. Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. Rio de Janeiro: Physis Revista de Saúde Coletiva, 2017. pag. 255-276
- ⁹ STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Bárbara Starfield. – Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Título original: Primary Care: balancing health needs, services, and technology.
- ¹⁰ ONU apoia países na construção de sistemas de saúde baseados na atenção primária. Nações Unidas Brasil, 2018. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/81094-onu-apoia-pa%C3%ADses-na-constru%C3%A7%C3%A3o-de-sistemas-de-sa%C3%BAde-baseados-na-aten%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria>>. Acesso: 30/03/2023
- ¹¹ Cobertura da Atenção Básica. E-gestor, 2023. Disponível em: <[e-gestor https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml](https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml)>. Acesso: 30/03/2023

¹² Projeção da População do Brasil e das Unidades da Federação. IBGE, 2023. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso: 30/03/2023

¹³ O que é Coronavírus. Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>>. Acesso: 30/03/2023

¹⁴ Covid-19 Casos e Óbitos. Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html>. Acesso: 30/03/2023

¹⁵ Como o Brasil se compara a outros países em mortes por covid, casos confirmados e vacinas aplicadas. G1, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mundo/noticia/2021/10/08/como-o-brasil-se-compara-a-outros-paises-em-mortes-por-covid-casos-confirmados-e-vacinas-aplicadas.ghtml>>. Acesso em: 30/03/2023