A yellow stethoscope is positioned diagonally across the cover, with its chest piece at the bottom right. Several white and yellow pills are scattered on the pink background. The title is centered in a bold, black, serif font.

Mudanças e Implicações da Política Nacional da Atenção Básica na Saúde Pública

**Mikael Henrique de Jesus Batista
Ruhena Kelber Abrão Ferreira**



Mikael Henrique de Jesus Batista

Ruhena Kelber Abrão Ferreira

**MUDANÇAS E IMPLICAÇÕES DA
POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO
BÁSICA NA SAÚDE PÚBLICA**



Pantanal Editora

2020

Copyright© Pantanal Editora
Copyright do Texto© 2020 Os Autores
Copyright da Edição© 2020 Pantanal Editora
Editor Chefe: Prof. Dr. Alan Mario Zuffo
Editores Executivos: Prof. Dr. Jorge González Aguilera
Prof. Dr. Bruno Rodrigues de Oliveira

Diagramação: A editora

Edição de Arte: A editora. Imagens de capa e contra-capa: Canva.com

Revisão: Os autor(es), organizador(es) e a editora

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – OAB/PB
- Profa. Msc. Adriana Flávia Neu – Mun. Faxinal Soturno e Tupanciretã
- Profa. Dra. Albys Ferrer Dubois – UO (Cuba)
- Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – IF SUDESTE MG
- Profa. Msc. Aris Verdecia Peña – Facultad de Medicina (Cuba)
- Profa. Arisleidis Chapman Verdecia – ISCM (Cuba)
- Prof. Dr. Bruno Gomes de Araújo - UEA
- Prof. Dr. Caio Cesar Enside de Abreu – UNEMAT
- Prof. Dr. Carlos Nick – UFV
- Prof. Dr. Claudio Silveira Maia – AJES
- Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – UFGD
- Prof. Dr. Cristiano Pereira da Silva – UEMS
- Profa. Ma. Dayse Rodrigues dos Santos – IFPA
- Prof. Msc. David Chacon Alvarez – UNICENTRO
- Prof. Dr. Denis Silva Nogueira – IFMT
- Profa. Dra. Denise Silva Nogueira – UFMG
- Profa. Dra. Dennyura Oliveira Galvão – URCA
- Prof. Dr. Elias Rocha Gonçalves – ISEPAM-FAETEC
- Prof. Me. Ernane Rosa Martins – IFG
- Prof. Dr. Fábio Steiner – UEMS
- Prof. Dr. Gabriel Andres Tafur Gomez (Colômbia)
- Prof. Dr. Hebert Hernán Soto Gonzáles – UNAM (Peru)
- Prof. Dr. Hudson do Vale de Oliveira – IFRR
- Prof. Msc. Javier Revilla Armesto – UCG (México)
- Prof. Msc. João Camilo Sevilla – Mun. Rio de Janeiro
- Prof. Dr. José Luis Soto Gonzales – UNMSM (Peru)
- Prof. Dr. Julio Cezar Uzinski – UFMT
- Prof. Msc. Lucas R. Oliveira – Mun. de Chap. do Sul
- Prof. Dr. Leandris Argentel-Martínez – Tec-NM (México)
- Profa. Msc. Lidiene Jaqueline de Souza Costa Marchesan – Consultório em Santa Maria
- Prof. Msc. Marcos Pisarski Júnior – UEG
- Prof. Dr. Mario Rodrigo Esparza Mantilla – UNAM (Peru)
- Profa. Msc. Mary Jose Almeida Pereira – SEDUC/PA
- Profa. Msc. Nila Luciana Vilhena Madureira – IFPA
- Profa. Dra. Patrícia Maurer
- Profa. Msc. Queila Pahim da Silva – IFB
- Prof. Dr. Rafael Chapman Auty – UO (Cuba)
- Prof. Dr. Rafael Felipe Ratke – UFMS
- Prof. Dr. Raphael Reis da Silva – UFPI

- Prof. Dr. Ricardo Alves de Araújo – UEMA
- Prof. Dr. Wéverson Lima Fonseca – UFPI
- Prof. Msc. Wesclen Vilar Nogueira – FURG
- Profa. Dra. Yilan Fung Boix – UO (Cuba)
- Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – UFT

Conselho Técnico Científico

- Esp. Joacir Mário Zuffo Júnior
- Esp. Maurício Amormino Júnior
- Esp. Tayronne de Almeida Rodrigues
- Esp. Camila Alves Pereira
- Lda. Rosalina Eufrausino Lustosa Zuffo

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
B333m	Batista, Mikael Henrique de Jesus. Mudanças e implicações da Política Nacional da Atenção Básica na saúde pública [recurso eletrônico] / Mikael Henrique de Jesus Batista, Ruhena Kelber Abrão Ferreira. – Nova Xavantina, MT: Pantanal, 2020. 87p. ISBN 978-65-88319-23-9 DOI https://doi.org/10.46420/9786588319239 1. Cuidados primários de saúde. 2. Saúde pública. I. Ferreira, Ruhena Kelber Abrão. II. Título. <div style="text-align: right;">CDD 362.1</div>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

O conteúdo dos e-books e capítulos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva do(s) autor (es) e não representam necessariamente a opinião da Pantanal Editora. Os e-books e/ou capítulos foram previamente submetidos à avaliação pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação. O download e o compartilhamento das obras são permitidos desde que sejam citadas devidamente, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais, exceto se houver autorização por escrito dos autores de cada capítulo ou e-book com a anuência dos editores da Pantanal Editora.

Pantanal Editora

Rua Abaete, 83, Sala B, Centro. CEP: 78690-000. Nova Xavantina – Mato Grosso – Brasil.
 Telefone (66) 99682-4165 (Whatsapp).
<https://www.editorapantanal.com.br>
contato@editorapantanal.com.br

APRESENTAÇÃO

Observam-se diversas mudanças nos paradigmas relacionadas ao modelo de atenção à saúde vigente no Brasil atualmente, contraponto o modelo assistencial empregado no passado. Logo após a Segunda Guerra Mundial, tanto a medicina quanto o hospital passaram a ter uma maior visibilidade perante a sociedade. Em decorrência desse fato, passou a ser disseminado um padrão de assistência à saúde pautada no saber médico e em práticas hospitalares e curativas em detrimento de práticas preventivas desempenhadas pela Atenção Básica. No Brasil, a utilização do termo Atenção Básica refere-se à Atenção Primária em Saúde em seu sentido mais amplo e integral, proposto pelo Movimento Sanitário e diferenciando-se da proposta da Atenção Primária Seletiva. Visando um novo modelo de assistência à saúde, desde sua implantação, muitos foram os avanços observados no Sistema Único de Saúde. No entanto, foi a partir de 1991 com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e em 1994 do Programa de Saúde da Família que a Atenção Básica passa a ter maior visibilidade. Nesta perspectiva, a fim de regulamentar essas ações surge a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2006, a qual recebeu atualizações nos anos de 2011 e 2017.

Imerso nesse contexto, este livro tem por objetivo explorar as alterações ocorridas na Política Nacional de Atenção Básica desde sua criação em 2006 até a sua última versão em 2017. Deste modo, realizou-se uma revisão bibliográfica de cunho descritivo, utilizando a análise documental proposta por Laurence Bardin. Os documentos selecionados que fizeram parte da análise deste livro foram: a portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, a Portaria nº 649/GM de 28 de março de 2006, a qual define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes Saúde da Família. Houve ainda, análise da Portaria nº 650/GM de 28 de março de 2006 que define valores de financiamento do Piso de Atenção Básica fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde; sendo averiguado ainda, a Portaria nº 822/GM de 17 de abril de 2006 que altera os critérios para definição de modalidades das Equipes de Saúde da Família dispostos na PNAB.

Nesta perspectiva, analisamos a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que remete às alterações na PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Sendo necessário averiguar a portaria nº 978, de 16 de maio de 2012, a qual define valores de financiamento do PAB variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela política. Por fim, houve reflexão criteriosa com da portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017, que estabelece a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

Para proceder à análise, foi construído um conjunto de categorias por meio da leitura crítica reflexiva dos documentos supracitados. Evidenciou-se as alterações ocorridas nesta política em âmbito nacional, e há projeções futuras e os possíveis impactos das modificações, podendo ocasionar redução da qualidade da atenção à saúde ofertada à população, promovendo importantes inflexões acerca da criação dos possíveis retrocessos com a criação e reconhecimento das equipes de atenção básica com diminuição de profissionais e carga horária de trabalho; junção das categorias profissionais de agentes comunitários de saúde e os de endemias; no decorrer do livro, encontra-se expostos as alterações que favorecem a estruturação da política pública de saúde e os que tendem a desconstrução dos postulados conquistados em consolidação da atenção básica.

Mikael Henrique de Jesus Batista

SUMÁRIO

Apresentação	4
Sumário.....	6
Capítulo I.....	7
Problematização do interesse pela pesquisa em saúde pública.....	7
Capítulo II	13
A história da saúde no Brasil: Avanços, retrocessos e desafios.....	13
Capítulo III.....	41
Alterações realizadas na política nacional de atenção básica no ano de 2011	41
Capítulo IV	74
Mudanças ocorridas na PNAB em 2017 e suas implicações na consolidação da atenção básica..	74
Índice Remissivo	86
Sobre os autores.....	87

Problematização do interesse pela pesquisa em saúde pública

INTRODUÇÃO

No decorrer da minha trajetória acadêmica enquanto graduando em enfermagem na Universidade Federal de Goiás – Regional Jataí (UFG) sempre fui tomado pela forma em que era discutida a atuação profissional de enfermagem, haja vista que desde o início do curso havia uma estreita relação entre teoria e prática. Fato este que, em todas as disciplinas de cunho específico, eram realizadas visitas aos cenários de trabalho, dentre eles encontra-se os espaços da urgência e emergência, unidade de terapia intensiva, clínica médica, centro cirúrgico, maternidade, centro de materiais e esterilização, centro de nefrologia e a unidade básica de saúde.

Dentre as possibilidades de atuação da enfermagem, a atenção primária em saúde me despertou significativa satisfação. Quando passei a desenvolver as atividades propostas no campo prático, a partir deste momento, iniciei estudos aprofundados na perspectiva da atenção básica em saúde. Desta maneira, por realizar atividades envolvendo saúde pública e saúde do trabalhador, iniciei atividades de ensino, pesquisa e extensão dentro do Programa de Educação Tutorial (PET), sendo a primeira pesquisa desenvolvida relacionada ao conhecimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) acerca da tuberculose dentro das unidades básicas de saúde do município de Jataí, Goiás. Vislumbrando um novo ambiente de trabalho, diferente dos até então vivenciados, que se tratavam dos contidos na rede hospitalar.

Neste momento, houve melhor compreensão das mudanças nos paradigmas relacionadas ao modelo de atenção à saúde vigente no Brasil atualmente, contraponto o modelo assistencial empregado no passado. Logo após a Segunda Guerra Mundial, tanto a medicina quanto o hospital passaram a ter uma maior visibilidade perante a sociedade. Em decorrer disso, passou a ser disseminado um padrão de assistência à saúde pautada no saber médico e em práticas hospitalares e curativas em detrimento de práticas preventivas desempenhadas pela Atenção Básica (Braga Neto et al., 2008).

Esse modelo de atenção se torna alvo de críticas a partir do final dos anos 70, principalmente em relação a questões de ordem econômica, tendo em vista os custos assistenciais elevados do modelo hospitalocêntrico e a duvidosa resolubilidade, dando origem à formulação de uma nova forma de organização dos serviços de saúde tendo a Atenção Básica como centro do sistema (Braga Neto et al., 2008).

O cenário Político dessa época foi marcado, em 1978, pela Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS) promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), sendo desenvolvido em Alma-Ata. A conferência reconhece a saúde como um direito humano básico, tendo como estratégia principal a APS e a participação dos usuários como requisito fundamental para o alcance da meta “Saúde para Todos no Ano 2000”. Durante esse debate, vieram à tona questionamentos dos programas verticais de intervenção da OMS, no combate às endemias principalmente nos países em desenvolvimento, especialmente África e América Latina, além de críticas ao modelo médico hegemônico (Giovanella et al., 2008).

A Organização Pan-Americana da Saúde (Brasil, 2005) refere à interpretação da APS em três linhas:

1. Como um programa seletivo que oferece um conjunto de tecnologias simples de baixo custo, direcionado especificamente a populações de regiões mais pobres;
2. Como um nível primário de atenção dentro do sistema de saúde, responsável por ser o primeiro contato da população aos serviços de saúde e dando resolubilidade aos principais agravos;
3. De modo mais abrangente, como uma estratégia capaz de promover a reorganização do sistema de saúde para atender às necessidades da população.

Após a Conferência de Alma-Ata, o que vigorou no Brasil foi a denominada Atenção Primária Seletiva, apoiada pela UNICEF e caracterizada por ofertar um pacote restrito de serviços de baixo custo destinados a controlar as principais doenças do país, sem considerar a importância dos determinantes sociais e a influência da política e de fatores econômicos sobre as condições de saúde da população (Maciocco; Stefanini, 2007).

Neste sentido, em 2005, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) propõe uma concepção mais abrangente da APS com abordagem integral, responsabilização dos governos, importância da prevenção, promoção e intersetorialidade bem como a oferta de serviços de qualidade, sendo o Sistema de Saúde baseado na APS considerado como o caminho central para a produção de igualdade de modo sustentável (OPAS/OMS, 2005).

No Brasil, segundo Giovanella (2008) a utilização do termo Atenção Básica refere-se à Atenção Primária em Saúde em seu sentido mais amplo e integral, proposto pelo Movimento Sanitário e diferenciando-se da proposta inicial de APS. A implantação do Sistema Único de Saúde por meio da Constituição Federal de 1988 já previa em suas diretrizes a descentralização e a responsabilização dos municípios pela oferta e organização dos sistemas de saúde locais, induzidos, muitas vezes, pelo financiamento decorrente do pagamento mediante a apresentação de série histórica de produção e faturamento. Apesar de resultar em maior autonomia dos municípios para a elaboração de ações em saúde segundo suas especificidades locais, essa descentralização não trouxe consigo o fortalecimento da capacidade das esferas estaduais em promover a cooperação entre os municípios.

A partir da Norma Operacional Básica (NOB) 01/93 foram instituídos espaços de negociação e pactuação cooperativa entre os entes federados confirmando as Comissões Intergestores, com a retomada do papel dos Estados na regulação das relações entre Estados e Municípios e entre os próprios municípios na efetivação das diretrizes do SUS (Viana; Elias, 2008).

Com a Norma Operacional Básica de 1996 é que as transferências financeiras passam a considerar e favorecer regiões brasileiras mais carentes, com a distribuição per capita dos recursos e a criação de programas como o Piso de Atenção Básica – PAB fixo e variável, além de incentivos para a implantação do Programa de Saúde da Família (Lima, 2007).

Desde sua implantação, muitos foram os avanços observados no SUS. No entanto, foi a partir de 1991 com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de 1994 do Programa de Saúde da Família (PSF) que a Atenção Básica passa a ter maior visibilidade (Viana; Elias, 2008). Nesta perspectiva, a fim de regulamentar essas ações surge a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria MS/GM nº 648, de março de 2006, que, dentre suas propostas, alterou a denominação do PSF para Estratégia Saúde da Família (ESF).

A partir desse ponto, a PNAB é entendida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. É realizada sob a forma de trabalho de equipe, dirigida a população de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária.

Nesse sentido, devem ser utilizadas tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que deva resolver os problemas mais frequentes e orientar-se pelos princípios de universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo de continuidade, da integralidade e responsabilização (Brasil, 2006).

JUSTIFICATIVA/PROBLEMÁTICA

No âmbito dos profissionais que atuam na atenção à saúde, a Enfermagem apresenta um papel fundamental. Essa profissão, em amplo crescimento, apresenta significativa importância que vai além de simplesmente tratar doenças e acidentes, mas detém uma visão holística sobre o indivíduo, buscando intervenções baseadas em evidências, detectadas nos possíveis riscos e agravos à saúde humana, desenvolvendo promoção, proteção, reabilitação e recuperação da saúde (Pinheiro, 2006).

Destarte, acredita-se que o desenvolvimento de políticas públicas em saúde envolvendo a atenção básica é de fundamental importância para o alcance dos princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da assistência à saúde da comunidade. Refere ainda que, a Política Nacional da Atenção Básica, foi publicada sua primeira versão no ano de 2006, passou por uma atualização em 2011 e atualmente em 2017 foi reformulada novamente. Em especial com a reformulação ocorrida, recentemente,

tem-se imensa preocupação devido ao momento de crise política – financeira que estamos enfrentando na atualidade, presenciando a precarização dos direitos sociais estabelecidos na Constituição Federal de 1988.

Embora fique evidente na nova versão da PNAB que a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, o texto, na prática, rompe com sua centralidade na organização do SUS, instituindo financiamento específico para quaisquer outros modelos na atenção básica.

O sucesso da expansão da atenção básica no país nos últimos anos e seus efeitos positivos no acesso a serviços de saúde e na saúde da população decorre da continuidade da indução financeira da Estratégia Saúde da Família sustentada ao longo do tempo e reforçada nos últimos três anos com o Programa “Mais Médicos”.

Resultados de pesquisas evidenciaram, sistematicamente, a superioridade do modelo assistencial da Saúde da Família quando comparado ao modelo tradicional hospitalocêntrico. Sua maior capacidade de efetivação dos atributos da atenção primária integral produz impacto positivo sobre a saúde da população, com redução da mortalidade infantil, cardiológicas e cerebrovasculares e das internações por condições sensíveis à atenção primária.

A atual política supracitada deixa aberto para que ocorra financiamento com PAB variável da atenção básica tradicional, o que ameaça os sucessos referidos anteriormente. Além de abolir na prática a prioridade da ESF, em um contexto de retração do financiamento e sem perspectivas de recursos adicionais, fica plausível estimar que o financiamento destas novas configurações de atenção básica criada neste momento será desviado do foco central que é a Estratégia Saúde da Família.

A esta reformulação somam-se outras questões críticas do financiamento da atenção básica decorrente do fim dos blocos de financiamento do SUS. Esta decisão penaliza a capacidade de indução do SUS em favor da Saúde da Família e da Atenção Básica, não garantindo sua prioridade nos governos municipais.

Diante do exposto, para a construção deste e-book, a seguinte pergunta norteia as análises documentais a serem realizados: Quais foram as alterações realizadas ao longo das três versões da Política Nacional da Atenção Básica, e quais as suas implicações na saúde pública brasileira? De modo que o objetivo primário proposto é analisar as alterações ocorridas na Política Nacional de Atenção Básica desde sua criação em 2006 até a sua última versão ocorrida no ano de 2017.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica de cunho descritivo, utilizando a análise documental em que os resultados e discussões serão apresentados em forma de capítulos. Segundo Fonseca (2002) a pesquisa bibliográfica é realizada a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas e publicadas por

meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos impressos e *on-line*. Todo trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto.

Existem ainda, as pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (Fonseca, 2002).

Segundo Bardin (2011), a análise documental consiste em método de recolhimento e análise de dados, composto por duas fases: na primeira, ocorre a localização da fonte e a seleção dos documentos; na segunda, o tratamento das informações recolhidas e sua análise. Utilizar-se-á metodologia inspirada na Análise de Conteúdo, proposta por Bardin, para proceder à análise dos documentos oficiais e públicos relacionados à Política Nacional da Atenção Básica.

Os documentos selecionados que fizeram parte da análise deste estudo foram: a portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB) para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), bem como a Portaria nº 649/GM de 28 de março de 2006, a qual define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes Saúde da Família.

Houve ainda, análise da Portaria nº 650/GM de 28 de março de 2006 que define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a estratégia de Saúde da Família e para o PACS, e para finalizar os documentos publicados em 2006 relacionados com a AB, foi averiguado a Portaria nº 822/GM de 17 de abril de 2006 que altera os critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na PNAB.

Nesta perspectiva, analisamos a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que remete às alterações na PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o PACS. Fazendo-se necessário averiguar a portaria nº 978, de 16 de maio de 2012, a qual define valores de financiamento do PAB variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela PNAB. Por fim, houve reflexão criteriosa com base na portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017, que estabelece a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Para proceder à análise, foi construído um conjunto de categorias de análise com as alterações ocorridas, seguindo a linha metodológica de Bardin. Para o autor, a categorização é um processo de tipo estruturalista que comporta duas etapas: o inventário, na qual o pesquisador busca isolar os elementos; e a classificação, no qual o pesquisador busca repartir os elementos e, portanto, procura impor certa organização às mensagens (Bardin, 2011).

Destarte, houve uma definição prévia das categorias, pois, segundo Bardin, “este é o procedimento [...] aplicável no caso de a organização do material decorrer diretamente dos funcionamentos teóricos hipotéticos” (Bardin, 2011). O conjunto de categorias de análise foi construído a partir da leitura crítica reflexiva das portarias selecionadas, buscando outras referências na literatura e serão apresentadas como resultados e discussões nos capítulos subsequentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin L (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70. 229p.
- Braga Neto FC, Barbosa PR, Santos IS (2008). Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz. cap. 18, p. 665-704.
- Brasil (2005). Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados*. Brasília (DF). 260p.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. -4. Ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 68p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.4).
- Fonseca JJS (2002). *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC. Apostila.
- Giovanella L, Mendonça MH (2008). Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (organizadores). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 493-545.
- Lima LD (2007). Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Rio de Janeiro: *Museu da República*. CD-ROM *Milus* 3/4 pol. (DVD/CD).
- Maciocco G, Stefanini A (2007). From Alma-Ata to the global fund: the history of international health policy. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife, 7(4): 479-486.
- Pinheiro R (2006). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Abrasco/UERJ/Cespec. 180p.
- Viana ALD, Elias PEM (2008). Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, 22(1): 92-106.

A história da saúde no Brasil: Avanços, retrocessos e desafios

INTRODUÇÃO

Na perspectiva histórica da concepção de saúde pública brasileira, completando trinta anos em que houve um marco forte neste sentido com a promulgação da constituição federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, temos uma oportunidade épica para promover reflexões acerca dos avanços, retrocessos e desafios encontrados ao longo do caminho percorrido pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), de tal forma que a mesma pode ter como pressuposto a saúde como bem público ou como mercadoria. A organização e o planejamento do sistema de serviços de saúde podem privilegiar as necessidades ou as demandas – espontânea ou induzida, neste sentido se faz necessário conhecer o que existia antes do SUS, para que seja possível avaliá-lo, aperfeiçoá-lo, valorizá-lo, educando permanentemente os novos sujeitos que poderão fazer avançar a RSB (Paim et al., 2011).

O sistema de saúde brasileiro, formado ao longo do século XX, teve como base a dicotomia entre saúde pública e assistência médico-hospitalar. De modo que fica perceptível que na primeira vertente se tem as campanhas sanitárias, e não menos importante, do outro lado, os aspectos filantrópicos que se demonstram fortes sendo precedidos pela medicina liberal, a medicina previdenciária e, posteriormente, as empresas médicas. Antes de 1930, não havia o reconhecimento dos direitos sociais no Brasil, desta maneira inicia-se neste estudo a organização da saúde pública desde o período colonial até os dias atuais, buscando uma visão holística acerca desta temática, compreendendo as implicações históricas nas políticas públicas vivenciadas nesse momento.

Segundo o modelo de processo histórico que foi organizado por Paim et al. (2011) a fim de demonstrar em forma de quadro os acontecimentos históricos que fazem parte do processo evolucionista da política pública brasileira, demonstra-se abaixo este modelo.

Tabela 1. O processo histórico da organização do setor de saúde e o antecedente para o sistema brasileiro de cuidado da saúde. Fonte: Paim et al. (2011).

	Contexto macroeconômico e socioeconômico	Contexto político	Sistema de saúde	Principais desafios de saúde
Colonialismo português (1500-1822)	Exploração de matérias primas e monopólio comercial por Portugal	Controle político e cultural de Portugal	Século XVI: Criação de hospitais da Santa Casa de Misericórdia em Santos, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e Olinda; Organização sanitária incipiente;	Doenças pestilenciais e assistência à saúde para a população
Império (1822-89)	Abertura dos portos (1808), surgimento do capitalismo moderno e início da industrialização	Centralismo político e sistema de coronelismo, que dava aos grandes proprietários de terra o controle político de províncias e localidades	Estruturas de saúde com ênfase na polícia sanitária; Administração da saúde centrada nos municípios; Criação das primeiras instituições de controle sanitário dos portos e de epidemias (1828 e 1850)	Doenças pestilenciais e prioridade da vigilância sanitária (portos e comércio)
República Velha (1889-1930)	Economia agroexportadora (capital comercial), crise do café e insalubridade nos portos	Estado liberal-oligárquico, revoltas militares e emergência das questões sociais	Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP, 1897); Reformas das competências da DGSP (Oswaldo Cruz, 1907); Caixas de Aposentadoria e Pensão (Lei Eloy Chaves, 1923); Incipiente assistência à saúde pela previdência social; Dicotomia entre saúde pública e previdência social;	Doenças pestilenciais (febre amarela, varíola, peste) e doenças de massa (p. ex., tuberculose, sífilis, endemias rurais)
Ditadura Vargas (1930-45)	Industrialização, mas com manutenção da estrutura agrária	“Estado Novo” - Estado autoritário entre 1937 e 1938	Saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública;	Predominância de endemias rurais (p. ex., doença de Chagas,

		identificado com o nazifascismo	Previdência social e saúde ocupacional institucionalizadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio; Campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose; Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) estendem a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos (1933-38)	esquistossomose ancilostomíase, malária), tuberculose, sífilis e deficiências nutricionais
Instabilidade democrática (1945–64)	Substituição de importações, rápida urbanização, migrações, advento da indústria automobilística, penetração do capital internacional	Governos liberais e populistas	Criação do Ministério da Saúde (1953); Leis unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (1960); Expansão da assistência hospitalar; Surgimento de empresas de saúde.	Emergência de doenças modernas (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito)
Ditadura militar (1964–85)	Internacionalização da economia Milagre econômico (1968–73)	Golpe militar, ditadura (1964); Reforma administrativa (1966); Crise política (eleições de 1974). Abertura política lenta, segura e gradual (1974-79)	Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde (1966); Capitalização da medicina pela previdência social;	Predominância da morbidade moderna (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito) Persistência de endemias rurais com urbanização

	Final do milagre econômico	Liberalização Criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (1976); movimentos sociais;	Crise do sistema de saúde; Programas de Extensão de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20.000 habitantes; Crise na previdência social. Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS, 1977);	Doenças infecciosas e parasitárias predominando nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste
	Penetração do capitalismo no campo e nos serviços	Transição política (1974-84) Criação da Associação Brasileira em Pós-Graduação em Saúde Coletiva (1979)	Centralização do sistema de saúde, fragmentação institucional, beneficiando o setor privado; INAMPS financia estados e municípios para expandir a cobertura	
Transição democrática (1985–88)	Fim da recessão, reconhecimento da dívida social e planos de estabilização econômica	Início da “Nova República” (1985); Saúde incluída na agenda política; 8ª Conferência Nacional de Saúde; Ampliação do Movimento de Reforma Sanitária; Assembleia Nacional Constituinte; Nova Constituição (1988)	INAMPS continua a financiar estados e municípios; Expansão das AIS; Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS (1987); Contenção das políticas privatizantes; Novos canais de participação popular	Redução da mortalidade infantil e de doenças preveníveis por imunização Persistência de doenças cardiovasculares e cânceres Aumento nas mortes violentas e relacionadas à AIDS Epidemia de dengue
Democracia (1988-2010)	Crise econômica (hiperinflação)	Presidente Fernando Collor de Mello eleito e	Criação do SUS; Descentralização do sistema de saúde;	Epidemias de cólera e dengue, mortalidade por causas externas (sobretudo

	<p>Ajuste macroeconômico (Plano Real; 1994)</p> <p>Estabilidade econômica, recuperação dos níveis de renda, movimento cíclico (altos e baixos), persistência das desigualdades, continuidade da política monetarista</p>	<p>submetido a impeachment</p> <p>Restante do mandato presidencial (1993-94) exercido pelo Vice-Presidente Itamar Franco</p> <p>Governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002) — Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB)</p> <p>Reforma do Estado (1995)</p> <p>Governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-06 e 2007-10) — Partido dos Trabalhadores³²</p>	<p>9ª Conferência Nacional de Saúde;</p> <p>Extinção do INAMPS (1993);</p> <p>Criação do Programa de Saúde da Família (1994);</p> <p>Crise de financiamento e criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (1996);</p> <p>Tratamento gratuito para HIV/AIDS pelo SUS;</p> <p>Financiamento via Piso da Atenção Básica (1998);</p> <p>10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde;</p> <p>Normas Operacionais Básicas (NOB) e de assistência à saúde (regionalização);</p> <p>Regulamentação dos planos de saúde privados;</p> <p>Criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1999);</p> <p>Criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar para regulamentar e supervisionar os planos de saúde privados (2000);</p> <p>Criada a lei dos medicamentos genéricos;</p>	<p>homicídios e acidentes de trânsito);</p> <p>Doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, seguidas por causas externas e cânceres;</p> <p>Redução na mortalidade infantil, prevalência inalterada de tuberculose, estabilização da prevalência de AIDS, aumento na prevalência de dengue e aumento na incidência de leishmaniose visceral e malária;</p> <p>Expectativa de vida em torno de 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres) no início do século XXI</p> <p>Mortalidade infantil de 20,7 por 1.000 nascidos vivos (2006)</p> <p>Redução na prevalência de hanseníase e doenças preveníveis pela imunização</p> <p>Expectativa de vida sobe para 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres; 2008).</p>
--	--	--	--	---

			<p>Lei Arouca institui a saúde do indígena como parte do SUS;</p> <p>Emenda Constitucional 29 visando à estabilidade de financiamento do SUS definiu as responsabilidades da União, estados e municípios (2000);</p> <p>Aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001);</p> <p>Expansão e consolidação do PHC;</p> <p>Criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU (2003);</p> <p>Estabelecido o Pacto pela Saúde (Pacto de Defesa do SUS, Pacto de Gestão, Pacto pela Vida; 2006);</p> <p>Política Nacional de Atenção Básica (2006);</p> <p>Política Nacional de Promoção da Saúde (2006);</p> <p>12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde;</p> <p>Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente; 2006);</p> <p>Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) criadas em municípios com populações >100.000 (2008)</p>	
--	--	--	---	--

			Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto ao PSF (2008)	
--	--	--	--	--

OCORRÊNCIAS NO MARCO HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Para traçar um histórico da saúde pública é necessário retomar o ano de 1521. Segundo Brasil (2018), por meio da Fundação Oswaldo Cruz, inicialmente, naquele ano, Dom Manoel baixa o Regimento do Físico–Mor e do Cirurgião–Mor do Reino, instituindo os Comissários–Delegados nas Províncias, inclusive no Brasil.

Em Portugal, os almotacéis (inspetores encarregados da aplicação exata dos pesos e medidas e da taxação dos gêneros alimentícios) - eram responsáveis pela saúde do povo, com o papel de verificar os gêneros alimentícios e destruir os que estavam em más condições. Essas práticas de legislações vigentes em Portugal foram extensivas ao Brasil-Colônia, por volta do início da segunda metade do século XVI (Brasil, 2017a).

Aquela situação perdurou por bastante tempo, e apenas no reinado de Dom João V, já no século XVIII, mais precisamente no fim da primeira metade, foi reiterado, ao então Vice-Rei do Brasil, Conde Galvêas, determinação relativa às atribuições dos Comissários-Delegados. Naqueles documentos havia instruções sobre a obrigatoriedade de aceitar a Delegação de Físico-Mor (Brasil, 2017a).

No Rio de Janeiro, ergueu-se, entre os anos de 1744 e 1750 o aqueduto dos Arcos, que trazia Água de Santa Tereza para o morro de Santo Antônio, baseado na arquitetura dos aquedutos romanos. Esta construção foi executada visando à utilização de água de boa qualidade oriunda de mananciais saudáveis e, portanto, trazendo benefícios para saúde da população carioca. Este aqueduto foi destruído em meados do século XX para reurbanização do centro da cidade, demonstrando evidencia de que já naquela época a questão sanitária estava contida no problema da saúde pública (Brasil, 2017a).

Mais tarde, exatamente por ocasião do governo da Rainha Dona Maria I, foi reformada a organização estabelecida, assim, ficou instituída a junta do protomedicato, formada por sete deputados, com atribuições semelhantes às do Físico-Mor. Vê-se aí certa reorientação da política de saúde, enfatizando aspectos da fiscalização. Essa junta teria um caráter fiscalizatório (Brasil, 2017a).

O século XIX foi considerado como o despertar de vários movimentos, o mundo observava uma nova dinâmica, os Estados precisavam reorientar sua política para adequar-se à realidade tecnológica. No Brasil, na saúde pública, esse foi um momento importante, pois por volta de 1808 ocorre a criação da primeira organização nacional de saúde pública. Adjunto a isso, em fevereiro daquele mesmo ano, foi criado o cargo de Provedor-Mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil, embrião do Serviço de Saúde

dos Portos, com delegados nos estados. Nessa mesma esteira é editado o alvará sobre regimentos e jurisdição do Físico-mor e Cirurgião-Mor e seus delegados (Brasil, 2017a).

Notadamente, as modificações históricas de uma sociedade se relacionam diretamente com a cultura e nesse período observou-se o largo uso das escarradeiras ou cuspidadeiras, de porcelana, faiança fina, vidro ou metais nobres, intensamente utilizadas no século XIX, considerando-se “de bom-tom” o hábito de se expelir secreções em público (Brasil, 2017a).

Utilizadas nos espaços sociais das unidades domésticas, basicamente na sala e no gabinete de fumantes, eram deixadas à disposição das visitas, no chão, em geral aos pares, ladeando os sofás. Arrolamentos de tralhas domésticas feitos por ocasião de inventários, leilões ou executivos hipotecários registravam sistematicamente sua presença, sempre em número de duas, mostrando tratar-se de um equipamento habitual nas residências de médio e alto poder aquisitivo (Lima et al., 1996).

Destinados a aparar o excesso de saliva e catarro produzido pelo organismo e, também, o resultante do hábito de mascar o fumo, esses objetos confirmam a impregnação das mentalidades, à época, pelo humorismo hipocrático. Associando o hábito de escarrar a um dos problemas de saúde mais frequentes naquele período – a tuberculose –, é bastante provável que essa prática tenha contribuído fortemente para a rápida disseminação do bacilo de Koch (Lima et al., 1996).

Tendo em vista que este bacilo não tem sobrevivência longa fora do organismo e só se mantém penetrando rapidamente em outra célula, não eram propriamente as cuspidadeiras as responsáveis pela sua propagação, mas sim o ato de escarrar. Nos ambientes fechados, nas alcovas úmidas, abafadas, escuras, sem ventilação, gotículas dos escarros ficavam em suspensão, favorecendo a contaminação e a disseminação da doença (Lima et al., 1996).

Vislumbrando melhorias nestas condições de saúde, quase uma década após a Independência, foi promulgada a lei de Municipalização dos Serviços de Saúde, mais precisamente em 1828, que conferiu às Juntas Municipais, então criadas, as funções exercidas anteriormente pelo Físico-Mor e seus Delegados. No mesmo ano, ocorreu a criação da Inspeção de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro, que respondia ao Senado da Câmara, vindo logo em sequência a duplicação do número de integrantes. Mais tarde, e, ainda nesse sentido, ficou instituída a política de imunização que determinava a vacinação compulsória das crianças, contra a varíola. Obedecendo ao mesmo critério de luta contra as epidemias, foi organizado o Instituto Vacínico do Império, em que a partir desse momento houve a execução do regulamento Instituto Vacínico do Império por meio do Decreto nº 464, de 17 de agosto de 1846 (Brasil, 2017a).

Seguindo pela história, na segunda metade do século XIX, ocorreu uma das revoluções que teve maior interferência na saúde pública em todos os tempos, denominada de Revolução Industrial. Esta determinou uma profunda repercussão na estrutura social da humanidade e sobre a saúde pública. Além disso, a revolução trouxe consequências graves, pois as populações foram deslocadas das pequenas

comunidades rurais e trazidas em massa para os centros urbanos em formação, o que criou condições propícias aos graves surtos de doenças epidêmicas (Brasil, 2017a).

Na segunda metade do século XIX o governo autorizou a alocação de recursos para medidas tendentes à diminuição da propagação da epidemia reinante, e nos socorros dos enfermos necessitados, e a empregar, para esse fim, as sobras da receita, e na falta destes emitir apólices, ou fazer outra qualquer operação de crédito, fato esse que foi regulamentado pelo Decreto nº 533, de 25 de abril de 1850. Havendo a partir de então a concessão de um crédito extraordinário de duzentos contos ao Ministério do Império para ser exclusivamente despendido no começo de trabalhos para melhorar o estado sanitário da capital e de outras províncias do Império, presente no Decreto 598, de 14 de setembro de 1850 (Brasil, 2017a).

Ainda segundo Brasil (2017a) por meio da Fundação Nacional de Saúde, refere-se que até esse momento as atividades de Saúde Pública estavam limitadas a: delegação das atribuições sanitárias às Juntas Municipais; controle de Navios e Saúde dos Portos e Autoridades Vacinadoras contra a varíola. A tuberculose, conhecida havia séculos, encontrou novas condições de circulação, capaz de amplificar de tal modo a sua ocorrência e a sua letalidade, passando a ser uma das principais causas de morte, e atingindo especialmente os jovens nas idades mais produtivas.

Toda medida para se fazer imperativa carece, necessariamente, da chancela do Estado que a transforma em regramento. Assim, vê-se a regulamentação da lei que criou a Junta Central de *Hygiene* Pública, subordinada ao Ministro do Império, havendo abertura àquele ministério de um crédito extraordinário para despesas com providências sanitárias tendentes a atalhar o progresso da febre amarela, a prevenir o seu reaparecimento e a socorrer os enfermos necessitados, o que pode ser averiguado no Decreto nº 752, de 8 de janeiro de 1851. Colocou-se em prática o regulamento do registro dos nascimentos e óbitos determinados no Decreto nº 798, de 18 junho de 1851 (Senra, 2006).

Nesse sentido, para arcar com o financiamento de ações urgentes e necessárias de saúde, foi concedido ao Ministério do Império um aporte de crédito para custear despesas com a epidemia de bexigas, na província do Pará e em outras através do Decreto nº 826, de 26 de setembro de 1851. Iniciou-se a execução do regimento da junta de *Hygiene* Pública criada por meio do Decreto nº 828, de 29 de setembro de 1851; e ofertaram crédito extraordinário ao Ministério do Império para as despesas com a junta de *Hygiene* Pública naquele exercício por meio do subsequente Decreto nº 835, de 3 de outubro de 1851 (Marinho, 2012).

As condições climáticas dos trópicos e a circulação de pessoas de várias partes do mundo favoreciam a eclosão de epidemias. Mortes por doenças contagiosas eram comuns e nesse sentido as autoridades de saúde tornaram obrigatória a desinfecção terminal dos casos de morte por doenças contagiosas, a critério da autoridade sanitária. Tratou de providências sobre a desinfecção das casas e

estabelecimentos públicos ou particulares, a matéria foi regulada pelo Decreto nº 7.027, de 6 de setembro de 1878 (Marinho, 2012).

REPRESENTAÇÕES DO SETOR DE SAÚDE PÚBLICA E AS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Ao final do século XIX, os serviços relacionados com a saúde pública passaram à jurisdição do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, compreendidos na Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP). Nas primeiras décadas do século XX houve o surgimento da implantação da administração científica, por meio da utilização da estatística como instrumento de mensuração dos fenômenos sociais, inclusive os de saúde. No período supracitado, as epidemias de doenças transmissíveis, em particular a febre amarela e a malária, produziram um impacto dramático de mortalidade nas cidades e nos principais canteiros de obras localizados nos países periféricos, caso do Brasil, causando prejuízo ao comércio e dificultando a expansão do capitalismo (Marinho, 2012).

A solução, na época, veio sob a forma de incentivo público às pesquisas biomédicas, sobretudo àquelas dirigidas às doenças tropicais e à formação de equipes de trabalho organizadas em moldes militares, capazes de intervir com disciplina e eficácia quando necessário. Estavam criadas as campanhas sanitárias. O sucesso dessas campanhas sanitárias destacou-se tanto por seus resultados no controle de processos epidêmicos, como pelo exemplo de articulação entre o conhecimento científico, a competência técnica e a organização do processo de trabalho em saúde (Brasil, 2017a).

O início do século XX marca um olhar mais científico sobre a saúde pública, nele se observa a criação do Instituto Soroterápico Federal de Manguinhos como parte da estratégia de combate às doenças pestilenciais na virada do século. O objetivo principal daquele órgão era a fabricação de soros e vacinas contra as pestes que assolavam o país (Brasil, 2018).

Segundo Brasil (2018) por meio da Fundação Oswaldo Cruz, naquela época, o Rio de Janeiro era conhecido como Túmulo dos Estrangeiros. A então, capital do Brasil era considerada um desafio ao desenvolvimento do país. O Presidente Rodrigues Alves, ciente da importância de ter uma capital moderna, estabeleceu como prioridade o saneamento e a reforma urbana da cidade. Para isso, convidou o engenheiro Pereira Passos para a Prefeitura e o sanitarista Oswaldo Cruz para a Diretoria Geral de Saúde Pública, o que inauguraria a nova era para a higiene nacional.

Ele ainda ampliou as atividades do Instituto Soroterápico Federal, que não mais se restringiu à fabricação de soros, mas passou a dedicar-se também à pesquisa básica e qualificação de recursos humanos. Fato esse que inaugurou a primeira infraestrutura científico-tecnológica do país e também deu início a uma longa tradição de formação de pesquisadores da área biomédica, hoje representada pelos Programas de Pós-Graduação do Instituto Oswaldo Cruz (Brasil, 2018).

Em seguida, o médico sanitарista supracitado foi nomeado Diretor-Geral de Saúde Pública, cargo que corresponde atualmente ao de Ministro da Saúde. Utilizando o Instituto Soroterápico Federal como base de apoio técnico-científico, deflagrou suas memoráveis campanhas de saneamento. Sua primeira adversária seria a febre amarela, que gerava para o Rio de Janeiro a reputação de Túmulo dos Estrangeiros e que matou, de 1897 a 1906, quatro mil imigrantes (Brasil, 2018).

O diretor supracitado, sendo responsável pela missão de erradicar tal doença, estruturou a campanha contra a febre amarela com visão militar, dividindo a cidade em dez distritos sanitários, cada qual chefiado por um delegado de saúde. Seu primeiro passo foi extinguir a dualidade na direção dos serviços de higiene. Para isso, estabeleceu uma conjugação de esforços entre os setores federais e a Prefeitura, com a incorporação à Diretoria Geral de Saúde Pública do pessoal médico e de limpeza pública da municipalidade (Brasil, 2018).

Neste momento, a polícia sanitária adotava medidas rigorosas para o combate ao mal amarílico, inclusive multando e intimando proprietários de imóveis insalubres a promover a demolição ou reformá-los. As brigadas denominadas de mata-mosquitos percorriam a cidade, limpando calhas e telhados, exigindo providências para proteção de caixas d'água, colocando petróleo em ralos e bueiros e acabando com depósitos de larvas e mosquitos. Nas áreas de foco, expurgavam as casas, pela queima de enxofre e piretro e providenciavam o isolamento domiciliar dos doentes ou sua remoção para o Hospital São Sebastião (Teixeira, 2001).

Oswaldo Cruz baseou o combate à febre amarela no êxito da campanha realizada pelos americanos em Havana e em algumas experiências realizadas no Brasil, que comprovavam o acerto da teoria do médico cubano Carlos Finlay, de que o transmissor da doença era um mosquito: o *Aedes aegypti*, na época conhecido como *Stegomyia fasciata* ou *Culex aegypti* (Teixeira, 2001).

Em uma época em que ainda se acreditava que a maior parte das doenças era provocada pelos ares pestilenciais, a ideia de se pagar a rapagões para caçar mosquitos, como dizia uma revista de então, só poderia provocar o riso. O jovem pesquisador bem que tentou alterar a opinião pública, fazendo publicar seus Conselhos ao povo, uma série de folhetos educativos, mas enfrentava a oposição de grande parte da classe médica, que não acreditava na teoria de *Finlay* (Teixeira, 2001).

Oswaldo Cruz não foi poupado: charges diárias na imprensa, canções com letras maliciosas e quadrinhos, mas o riso rapidamente se transformou em indignação, devido ao rigor com que eram aplicadas as medidas sanitárias especialmente a remoção dos doentes e a entrada nas casas para o expurgo, mesmo sem autorização dos proprietários (Ceccim, 2004).

Na sequência, o sanitарista deu início a sua luta contra a peste bubônica. A campanha previa a notificação compulsória dos casos, isolamento e aplicação do soro fabricado em Manguinhos nos doentes, vacinação nas áreas com maiores incidências epidêmicas, como a zona portuária, bem como desratização

da cidade. A associação entre ratos e mosquitos era evidente, sendo a decisão da Saúde Pública de pagar por roedor capturado, dando origem aos inúmeros compradores de gabirus que percorriam a cidade, só agravou a situação. No entanto, em poucos meses, a incidência de peste bubônica diminuiu com o extermínio dos ratos, cujas pulgas transmitiam a doença (Ceccim, 2004).

Ainda nessa época instituiu-se a Reforma Oswaldo Cruz, que criou o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção (com responsabilidade de combate à malária e à peste no Rio de Janeiro) por meio do Decreto Legislativo nº 1.151, de 5 de janeiro de 1904. Torna-se compulsória, em toda a República, a vacinação e a revacinação contra a varíola foi permitida pelo Decreto nº 1.261, de 31 de outubro de 1904. Nesta reforma, a então recém criada Diretoria Geral de Saúde Pública se destinava a atender aos problemas de saúde da capital do país e prosseguir na defesa sanitária dos portos brasileiros (Oliviera, 2007).

Segundo Brasil (2018), em 1904, uma epidemia de varíola assolou a capital. Somente nos cinco primeiros meses, 1800 pessoas foram internadas no Hospital São Sebastião. Embora uma lei prevendo imunização compulsória das crianças contra a doença estivesse em vigor desde 1837, ela nunca fora cumprida. Assim, a 29 de junho de 1904, o Governo enviou ao Congresso projeto reinstaurando a obrigatoriedade de vacinação antivariólica.

Suas cláusulas previam vacinação antes dos seis meses de idade e para todos os militares, revacinação de sete em sete anos e exigência de atestado de imunização para candidatos a quaisquer cargos ou funções públicas, para quem quisesse se casar, viajar ou matricular-se em escola. Davam ainda à polícia sanitária poderes para convidar todos os moradores de uma área de foco a se imunizarem. Quem se recusasse seria submetido à observação médica em local apropriado, pagando as despesas de estadia (Ceccim, 2005).

O projeto estipulava ainda punições e multas para médicos que emitissem atestados falsos de vacinação e revacinação, obrigava diretores de colégio a obedecerem às disposições sobre imunização dos estudantes e instituiu a comunicação de todos os registros de nascimento. Estas medidas drásticas estarreceram a população e a oposição a Oswaldo Cruz atingiu seu ápice. Os jornais lançaram violentas campanhas contra a medida. Parlamentares e associações de trabalhadores protestaram e foi organizada a Liga Contra a Vacinação Obrigatória. No dia 13 de novembro, estourou a Revolta da Vacina. Choques com a polícia, greves, barricadas, quebra-quebra, tiroteios nas ruas, a população se levantou contra o governo (Ceccim, 2005).

No dia 14, a Escola Militar da Praia Vermelha aderiu à rebelião, mas após intenso tiroteio, os cadetes ficaram dispersos. No bairro da Saúde, o Porto Arthur Carioca, os protestos continuaram. Finalmente, o Governo decretou estado de sítio e, no dia 16, conseguiu derrotar o levante, mas suspendeu a obrigatoriedade da vacina. Dali a quatro anos inicia-se o processo de criação do Instituto de Patologia

Experimental de Manguinhos (atual Instituto Oswaldo Cruz), onde foram estabelecidas normas e estratégias para o controle dos mosquitos, vetores da febre amarela por intermédio do Decreto nº 1.802, de 12 de dezembro de 1907. A febre amarela estava erradicada do Rio de Janeiro. Em setembro de 1907, no IV Congresso Internacional de Higiene e Demografia de Berlim, Oswaldo Cruz recebeu a medalha de ouro pelo trabalho de saneamento do Rio de Janeiro (Costa et al., 2011).

O Instituto Soroterápico Federal foi rebatizado como Instituto Oswaldo Cruz. Neste momento, uma grave epidemia de varíola levou a população em massa aos postos de vacinação. Oswaldo Cruz reformou o Código Sanitário e reestruturou todos os órgãos de saúde e higiene do país. Ao final da primeira década do século XX Oswaldo Cruz deixou a Diretoria Geral de Saúde Pública, passando a dedicar-se apenas ao Instituto de Manguinhos, que fora rebatizado com o seu nome (Costa et al., 2011).

Do Instituto, lançou importantes expedições científicas, que possibilitaram maior conhecimento sobre a realidade sanitária do interior do país e contribuíram para a ocupação da região. Erradicou a febre amarela no Pará e realizou a campanha de saneamento na Amazônia, que permitiu o término das obras da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, cuja construção havia sido interrompida pelo grande número de mortes entre os operários (Calaça, 2001).

O sanitarista recomendou uma série de medidas drásticas a serem implantadas, sem demora. Os cuidados sanitários começariam antes de o operário chegar à ferrovia, com o engajamento de pessoal em áreas não palustres, exame médico minucioso e fornecimento de quinino durante a viagem. Ficou determinado ainda, exames periódicos nos empregados, fornecimento diário de quinino, desconto dos dias em que o trabalhador não ingerisse o medicamento e gratificação para o operário que passasse três meses sem sofrer nenhum acesso de malária. Finalmente, aconselhou a construção de galpões telados para alojamento do pessoal, fornecimento de água fervida, uso de calçados, e a construção de locais determinados para a defecação (Calaça, 2001).

Ainda neste momento, Carlos Chagas descobriu a doença provocada pelo *Trypanosoma cruzi*, que então passou a se chamar doença de Chagas. O primeiro caso identificado por Carlos Chagas, foi o da menina Berenice, de dois anos, moradora do município de Lassance/MG, local onde o pesquisador se instalou para combater a malária entre os trabalhadores da Estrada de Ferro Central do Brasil (Carvalho, 2015).

Oswaldo Cruz teve uma vida curta, se comparado com todos os seus feitos. Antes da sua morte ele ainda foi eleito para a Academia Brasileira de Letras, e, em 1915, após deixar o instituto que levava seu nome, por motivo de saúde, mudou-se para Petrópolis, onde assumiu a prefeitura da cidade. Traçou vastos planos de urbanização, os quais não pôde ver implantado. Sofrendo de crise de insuficiência renal, morreu na manhã de 11 de fevereiro de 1917, com apenas 44 anos de idade (Brasil, 2018).

Na segunda década do século XX, houve várias modificações no campo da saúde, em uma espécie de aperfeiçoamento das estratégias de Cruz, enfatizando a transformação da Inspetoria de Isolamento e Desinfecção em Inspetoria de Serviços de Profilaxia. Ao mesmo tempo, Carlos Chagas assumia a direção do Instituto Oswaldo Cruz, em 14 de fevereiro de 1917. No ano seguinte foi criado o Serviço da Quinina Oficial, profilático da malária, inicial a dos medicamentos do Estado, necessários ao saneamento no Brasil por via do Decreto nº 13.000, de 1 de maio de 1918. Naquela mesma época foram iniciadas as atividades do Serviço de Profilaxia Rural, subordinado à Inspetoria de Serviços de Profilaxia através do decreto nº 13.001, de 01 de maio de 1918 (Carvalho, 2015).

No início dos anos 20, observou novo marco importante da evolução sanitária brasileira com a reforma de Carlos Chagas que, reorganizando os Serviços de Saúde Pública, criou-se o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). A regulamentação desse diploma legal sofreu substituição e modificações até a publicação do Decreto em 1923, que vigorou como Regulamento Sanitário Federal, por muitos anos.

Perpassando no decorrer da trajetória pelo Decreto nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920, que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública, sendo regulamentado pelo Decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920. Houve ainda a aprovação do regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição ao decreto supracitado, sendo ele, o decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920 (Carvalho, 2015).

Carlos Chagas tinha intenção de promover mudanças mais significativas e melhorar os serviços prestados e, na sequência, instituiu a Reforma Carlos Chagas, que ampliou as atividades de cooperação com estados, por meio da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural criada pelo decreto nº 15.003, de 15 de setembro de 1921 (Carvalho, 2015).

A partir desse momento, vê-se significativa reorientação da política de saúde, além do trato das epidemias, a saúde é também um assunto social, daí que surge uma discussão que a coloca na perspectiva da previdência social. Essa parceria ressignifica a maneira de fazer saúde pública, articulando suas estratégias também com o mundo do trabalho e a economia (Sousa, 2017).

SISTEMA PREVIDENCIÁRIO E AS CONQUISTAS PARA A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

No Brasil, o seguro social que protege a maior parte da população inserida no mercado de trabalho do setor privado, é administrado pelo Estado, todavia, surgiu graças à iniciativa dos trabalhadores. Nas primeiras décadas do século XX, empregados de uma mesma empresa, sem a participação do poder público, instituíam fundos de auxílio mútuo, nos quais também o empregador colaborava, de forma a garantirem meios de subsistência quando não fosse possível se manterem no trabalho por motivos de doença ou velhice (Batich, 2004).

A assunção do Estado na gerência do sistema previdenciário brasileiro foi lenta e gradual. O primeiro ato governamental de intervenção nesta área ocorreu em 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, determinando a criação de uma Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs), para os trabalhadores de ferrovias. Entretanto, eram sociedades civis em que a ingerência do setor público era mínima, cabendo sua administração a um colegiado composto de empregados e empregadores (Batich, 2004).

As CAPs expandiram-se para outras categorias funcionais assalariadas, chegando a serem instaladas cerca de 180 caixas de aposentadorias no Brasil. A ordem de criação deste tipo de instituição previdenciária sempre foi determinada pela capacidade de mobilização e reivindicação dos trabalhadores por melhores condições de trabalho. Assim, o fato de os trabalhadores de ferrovia terem inaugurado o sistema deve-se à importância, para a economia nacional das atividades que desenvolviam, baseadas na exportação de produtos primários, do que à sua capacidade de mobilização para reivindicações de natureza trabalhista. Por este motivo, a previdência para o trabalhador rural não era cogitada, embora fosse elemento fundamental na produção do café, principal produto de exportação do país (Batich, 2004).

Na década de 30, havendo diversas modificações no setor econômico, principalmente em relação à exportação do café, com a crise no mercado internacional, verificava-se um crescimento industrial intenso, em que era marcante a presença das classes assalariadas urbanas reivindicando melhores condições de vida, o que levou o Estado a iniciar um processo de interferência nas relações trabalhistas, de forma a conciliar conflitos entre capital e trabalho. Nesse contexto, o poder público expandiu sua interferência como responsável pela proteção social dos trabalhadores, determinando que as CAPs, baseadas em vínculos de trabalhadores por empresa, fossem substituídas por outro tipo de instituição, aglutinando categorias profissionais e abrangendo todo o território nacional (Batich, 2004).

A administração previdenciária deixou de ser então de responsabilidade de cada CAP, passando para a responsabilidade do Estado, que instituiu, pela primeira vez na história do seu orçamento de custeio, os recursos necessários para desempenhar as novas tarefas, tornando necessária e legítima sua intervenção sobre os mecanismos de arrecadação e gestão das entidades previdenciárias (Batich, 2004).

A primeira instituição desse tipo foi criada em 1933, denominada de Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPM), e destinava-se a agregar as CAPs dos marítimos. Ao longo da década, foram criados outros institutos para as categorias dos comerciários (1934), bancários (1935), industriários (1938) e os empregados em transportes e cargas (1938). Os tipos e valores dos benefícios previdenciários dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) não eram uniformes. Cada categoria de atividade os estabelecia livremente e eram dependentes do percentual de contribuição que os participantes pagavam ao instituto durante sua vida ativa (Batich, 2004).

As categorias com salários mais elevados tinham mais recursos para as provisões previdenciárias e incluíam até serviços de assistência médica. E tal como acontecia com as CAPs, os participantes dos IAPs

conduziam-se pautados por laços de solidariedade, uma vez que as contribuições dos trabalhadores da ativa eram utilizadas para a cobertura de quem se afastava do trabalho por doença ou velhice, porém, agora, além de contarem com a contribuição dos empregadores, passavam a ser financiados também pelo Estado, que cuidaria principalmente, das despesas com a administração. Entretanto, como se verá adiante, os recursos dos IAPs eram capitalizados pelo governo (Batich, 2004).

Os recursos dos IAPs não eram poucos, porque tratava-se de instituições previdenciárias jovens, inseridas numa sociedade em que era recente a utilização da mão de obra operária em larga escala e crescente a arregimentação de novos trabalhadores, graças ao crescimento do parque industrial. Nestas condições, poucos trabalhadores haviam atingido o direito de se aposentarem, o que permitia que a receita dessas instituições fosse superior às despesas. O montante das reservas financeiras, para se ter uma ideia, entre 1930 e 1949, representava em média 67% da arrecadação, pois os gastos com benefícios atingiam 43% (Andrade, 2003).

No momento em que a mulher brasileira, passa cada vez mais a fazer parte do mercado de trabalho surgem dois assuntos importantes o cuidado para com essa mulher e ainda com as crianças que até então, no seio familiar, carecia de seus cuidados. Assim, no ano de 1940, há uma mudança na política governamental no tangente a esse assunto. As atividades relativas à proteção da maternidade, da infância e da adolescência, anteriormente sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde Pública, passaram para o Departamento Nacional da Criança (DNCr), com a transformação da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância daquele Departamento e que foi reorganizado no ano de 1948 (Araújo et al., 2014).

Na sequência, foi processada nova reforma da Saúde Pública Federal, orientada por Barros Barreto. A estrutura criada manteve as linhas gerais durante vários anos, apesar dos cortes sofridos em várias oportunidades. Houve reorganização do Departamento Nacional de Saúde, do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, definindo sua competência, composição e criou a Divisão de Organização Sanitária e a Divisão de Organização Hospitalar (Fonseca, 2007).

Segundo Fonseca (2007) no mesmo regulamento, teve-se a criação das seguintes repartições: Instituto Oswaldo Cruz; Serviço Nacional de Lepre; Serviço Nacional de Tuberculose; Serviço Nacional de Febre Amarela; Serviço Nacional de Malária; Serviço Nacional de Peste; Serviço Nacional de Doenças Mentais; Serviço Nacional de Educação Sanitária; Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina; Serviço de Saúde dos Portos; Serviço Federal de Águas e Esgotos; Serviço Federal de Bioestatística; e Sete Delegacias Federais de Saúde, e deu outras providências vigoradas pelo decreto - lei nº 3.171, de 2 de abril de 1941.

Enquanto a assistência médica evoluía de forma segmentada e restrita aos contribuintes urbanos da previdência social, no âmbito da saúde pública surgia a primeira mudança na cultura campanhista de

atuação verticalizada do governo federal com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em cooperação com o *Institute of Interamerican Affairs*, do Governo Americano (Renovato; Bagnato, 2010).

Ficou estabelecido o convênio básico, que fazia menção ao desenvolvimento de atividades de saneamento, profilaxia da malária e assistência médico-sanitário às populações da Amazônia, uma inestimável contribuição do Brasil ao esforço de guerra das democracias no desenrolar da II Guerra Mundial, devido ao fato de se extrair a borracha necessária ao esforço de guerra. Houve ainda neste momento a I Conferência Nacional de Saúde (Mercadante et al., 2002).

Na assistência à saúde, a maior inovação naquele período ocorreu em 1949, durante o segundo governo Vargas, quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). A importância histórica desse evento decorre de três características inovadoras da iniciativa: o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência (Mercadante et al., 2002).

No início da segunda metade do século XX, notava-se transformações institucionais importantes, com a mudança nos ministérios. Neste período destaca-se dois grandes acontecimentos que foram fundamentais ao processo evolutivo da situação de saúde pública do país, sendo o primeiro ocorrido foi a desvinculação do Ministério da Educação e Saúde, dando origem ao Ministério da Saúde (MS), regulamentado pelo Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953. Em relação ao segundo acontecido foi a adição de iodo no sal de cozinha para consumo alimentar de forma obrigatória nas regiões bocígenas do país, proveniente da Lei nº 1.944, de 1953 (Brasil, 2017a).

A década de 60 com o processo de redemocratização do Brasil foi visto novas e profundas transformações sociais, agora o povo exige, e a conjuntura social também um aparato protetor do Estado. Após o percurso de 14 anos englobando discussões, o Congresso Nacional promulgou a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), instituindo um sistema previdenciário único para todos os trabalhadores do setor privado, por meio da unificação da legislação que regia os IAPs e da eliminação das disparidades quanto ao valor e tipos de benefícios existentes entre eles. Isto ocorreu, mesmo a despeito da resistência de certas categorias profissionais, que sofreram diminuição na quantidade e no valor dos benefícios previdenciários (Mercadante et al., 2002).

Foi no período de 1966 – 1976 que se consolidou a duplicidade de responsabilidades federais no campo da saúde, divididas entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social (MPS). Tal fato ocorreu devido a fusão das instituições de seguro social fortaleceu a previdência social tanto administrativa como, sobretudo, financeira e politicamente, contribuindo para o fracasso das tentativas integracionistas conduzidas na órbita do Ministério da Saúde (Mercadante et al., 2002).

Neste momento da história, especificamente em 1966, consolida-se a unificação do sistema previdenciário, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), agregando todos os IAPs e deixando definitivamente de existir diferenças entre os segurados do setor privado da economia quanto à instituição previdenciária que os assistia. Lembra-se que, naquele ano, o país era dominado por uma ditadura militar, iniciada em 1964, quando foram suprimidos os direitos políticos e civis dos cidadãos, perdurando até 1985 (Batich, 2004).

Objeto de ampla polêmica em 1968, o assim denominado Plano Nacional de Saúde (PNS) foi elaborado por iniciativa do então Ministro da Saúde, Leonel Miranda, caracterizando-se como a principal preocupação para o setor saúde após a instauração do regime de 1964. O PNS se notabilizou por algumas características centrais que, se implementadas, teriam modificado substancialmente o sistema de saúde vigente no país, entre elas, a universalização do acesso e a integração da assistência médica no Ministério da Saúde, o que foi objeto de forte resistência, ainda que não explícita, da área previdenciária. Aspectos particularmente polêmicos do plano incluíam a privatização da rede pública e a adoção do preceito de escolha, pelo paciente, do profissional e hospital de sua preferência, sendo a remuneração aos provedores proporcional ao número e complexidade dos procedimentos (Mercadante et al., 2002).

A iniciativa mobilizou entidades representativas das profissões de saúde, organizações sindicais de trabalhadores, governos estaduais, como os de São Paulo e Rio Grande do Sul, entre outros, que manifestaram oposição e perplexidade ao inusitado da proposta. A repercussão negativa na mídia e, certamente, a resistência velada da área previdenciária, - já que a proposta implicava perda de poder da medicina previdenciária em favor do Ministério da Saúde - conduziram o governo a cancelar o Plano. No vácuo deixado pelo cancelamento do PNS, o novo ministro da Saúde, Mário Machado de Lemos, tentou implementar um conjunto de princípios e diretrizes destinados a orientar a ação e decisão do governo, definindo os postulados básicos a serem observados na institucionalização e implementação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) (Mercadante et al., 2002).

A prestação de serviços gerais de saúde seguiria alguns princípios, que hoje regem o SUS, tais como a universalização da assistência, a regionalização dos serviços e a integração entre serviços preventivos e de assistência individual. Ao forçar, entretanto, o cumprimento do disposto no art. 156 do Decreto Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, ou seja, ao assumir de fato e de direito a competência para implantar e coordenar a Política Nacional de Saúde, o Ministério de Saúde provocou forte antagonismo. A integração no nível federal adviria da criação do Instituto Nacional de Assistência Médica, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde e que absorveria todos os organismos até então na órbita da previdência social (Mercadante et al., 2002).

Segundo Garbin (1995), após dez anos da criação do INPS, cujo foco principal seria tornar a assistência médica obrigatória a todos os trabalhadores atuantes e seus dependentes, surge após longos

debates o INAMPS, que tinha como foco ofertar aos trabalhadores urbanos, servidores civis da união, suas autarquias e o Distrito Federal a assistência médica. Naquele período, a assistência referida às classes mais abastadas estava sendo ofertada pela iniciativa privada, aos pobres, pela igreja e outras entidades filantrópicas e à classe trabalhadora oficial, pelo INAMPS. Foi evidenciado que o atendimento as urgências era responsabilidade dos municípios, e os órgãos federais e estaduais mantinham-se preocupados com as campanhas e os programas de erradicação e/ou controle de determinados agravos.

No Brasil estava colocado o cenário supracitado, e neste mesmo período, especificamente em 1978 estava ocorrendo a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, desenvolvido pela OMS em Alma-Ata, o evento foi aderido por diversos países, dentre eles, o Brasil. Neste evento houve mudanças no entendimento de saúde, agora sendo considerado como “um estado de completo bem-estar, e equilíbrio biopsicossocial e não somente a ausência de doenças ou enfermidades”, sendo assim, propostas foram sugeridas a fim de alcançar saúde para todos no ano 2000 (Befi, 1997).

Com o desenrolar da crise vivenciada ao final da década de 70 e início de 80 no país, e o intuito de haver a reorganização e ampliação dos Serviços de Saúde, incluindo nele o saneamento e habitação, regionalização, hierarquização, participação da comunidade, dentre outros, entendendo que o primeiro acesso aos serviços deve ser porta de entrada do Sistema de Saúde, cria-se o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) (Puccini, 1995).

Ainda na transcendência da década de setenta para a de oitenta, os movimentos sociais ampliaram-se, propondo a democratização da saúde, do estado e da sociedade, sob o lema da “democratização da saúde”. Com a redemocratização, especialmente a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), reforma sanitária foi à denominação que substituiu aquela do movimento da democratização da saúde (Paim et al., 2011).

Durante a preparação da 8ª CNS os textos produzidos contemplaram conceitos como ‘determinação social da saúde-doença’ e ‘organização social das práticas de saúde’, além de noções como ‘consciência sanitária’, ‘promoção da saúde’ e ‘intersetorialidade’. Assim, a elaboração do projeto da RSB contou com a participação de professores e pesquisadores da Saúde Coletiva, especialmente através dos recém-criados: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), as quais foram respostas sociais que buscavam articular as práticas política e teórica. Nessa perspectiva, o documento pelo Direito Universal à Saúde tem sido considerado a “bibliazinha” da 8ª CNS (Fleury et al., 2007).

O presidente da Conferência, Sérgio Arouca, naquela oportunidade, convocou a todos para “uma verdadeira reforma sanitária”, relacionada com a reforma econômica e a reforma agrária, bem como com profundas reformas urbana e financeira (Arouca, 1987). Esta ampla reforma social encontra-se explicitada no relatório final da 8ª CNS em que foi referido que as alterações que deveriam ocorrer nestes setores

transcendem as fronteiras administrativas e financeiras, devendo ser realizada de forma minuciosa, ampliando o próprio conceito de saúde e sua ação institucional, reavaliando a legislação no quesito promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo base do que se convencionou a denominar de Reforma Sanitária (Brasil, 1987).

A Reforma Sanitária surge como ideia, desta maneira, é uma percepção, uma representação, um pensamento inicial. Vinculava-se de um lado à crítica feita aos limites do movimento ideológico da medicina preventiva e, de outro, à busca de alternativas para a crise da saúde durante o autoritarismo. Para enfrentar o dilema preventivista sugeria-se uma prática teórica produtora de conhecimentos, e uma prática política voltada à mudança das relações sociais (Arouca, 1975).

Destarte, surge em 1979 a proposição de criação do SUS, retomada e ampliada na 8ª Conferência Nacional de Saúde. A partir desta conferência, a Reforma Sanitária configura-se como um projeto em seu Relatório Final, isto é, como um conjunto de políticas articuladas ou bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças. Parte da formalização desse projeto encontra-se na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, de 1990 (Paim, 2002).

Sustentando essa ideia, a Reforma Sanitária tinha como suporte um movimento que envolveu um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais, conhecidos como movimento pela democratização da saúde ou movimento sanitário. Já o processo da reforma sanitária brasileira, entendido como conjunto de atos relacionados a práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas, pode ser analisado especialmente após a 8ª CNS, com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) (Escorel, 1998).

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde nos Estados foi implantado pelo do Decreto Nº. 94.657, de julho de 1987. Esse Programa foi implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais, cujo os principais objetivos se dariam por meio da unificação dos sistemas (Ministério da Saúde e INAMPS - Ministério da Previdência e Assistência Social) com consequente universalização da cobertura e a descentralização (Levcovitz, 1997).

Consolidando o processo de evolução do sistema público de saúde, em 1988, é consagrada a Constituição Federal direcionando do artigo 196 ao 200 à seção da saúde, tratando com prioridade o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde como um direito de cidadania. Sua regulamentação ocorre por meio da Lei 8.080 de 1990, e inclui, entre os princípios do então criado Sistema Único de Saúde, a igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Ainda garantiu a gratuidade da atenção de modo a impedir que o acesso fosse dificultado por uma barreira econômica além das já existentes, como a distância dos serviços, o tempo de espera, o horário de funcionamento, a expectativa negativa quanto ao acolhimento, além de fatores educacionais e culturais (Brasil, 1988).

Ainda neste ano foi promulgada a lei 8.142, que dispõe a respeito da participação da comunidade na Gestão do SUS; as transferências intergovernamentais de recursos financeiros e estabelece as Conferências de Saúde e o Conselho de Saúde como instâncias colegiadas do SUS; Fato esse que propiciou a criação de diversos mecanismos de articulação entre esferas de governo e de participação e controle social sobre as políticas públicas (Moreira; Mota, 2009).

A participação popular citada anteriormente, se concretiza mediante os fóruns setoriais que no desenho e gestão das políticas públicas têm como fundamentos, tais dispositivos constitucionais. Na área da saúde, esses instrumentos de participação são os Conselhos e as Conferências nacionais, estaduais e municipais de Saúde supracitados. Nesses colegiados, a sociedade civil tem presença significativa. Nos Conselhos e Conferências de Saúde, os representantes dos usuários ocupam metade dos postos, a outra metade é formada pela representação dos provedores de serviços: governo, profissionais de saúde e setor médico-hospitalar privado (Mercadante et al., 2002).

No tocante ao financiamento deste sistema, segundo Paim e Teixeira (2007), no início dos anos de 1990, as relações internas ao SUS passaram a ser subordinadas por normas técnicas publicadas em Portarias Ministeriais. As Normas Operacionais Básicas, conhecidas como NOBs, e editadas nos anos de 1991, 1993 e 1996, foram o referencial dessa regulação, fixando as bases de funcionamento do Sistema, a saber:

- Pagamento por produção de serviços para órgãos de governo, mediante a apresentação de faturas (esse procedimento, até então comum para com prestadores de serviços privados, agora era estendido aos prestadores públicos);
- Definição dos critérios para alocação de recursos, condicionando a sua liberação à apresentação de planos, programas e projetos;
- Criação de mecanismos de decisão com eminente caráter participativo e descentralizador.

No início de 1998, o paradigma de transferências de recursos foi redefinido, substituindo o pagamento de serviços por comprovação de faturas, a partir desse momento os repasses seriam determinados com antecedência e realizados sob a responsabilidade do Fundo Nacional de Saúde (FNS), diretamente para os Fundos Municipais. A grande novidade era o estabelecimento de um valor *per capita* mínimo, base de cálculo do produto orçamentário destinado ao município. Finalmente, com a criação do Piso Assistencial Básico (PAB) e a sua transferência regular e automática. O Ministério da Saúde assegurava ao município um montante fixo mensal para a execução de serviços essenciais, individuais e coletivos, de promoção e assistência à saúde e bem-estar da sua população, atendimento básico, vacinação, assistência pré-natal, pequenas cirurgias em ambulatórios entre outros (Paim; Teixeira, 2007).

A proposta do PAB encontrou limitações, que se pode destacar a definição *a priori* de uma unidade de valor nacional, por exemplo, era incapaz de abarcar todas as realidades de um país tão diverso e distante

em si, nos seus contextos regionais. A fixação do quantitativo de R\$ 10,00 por habitante resultava em montantes inadequados às necessidades de muitos municípios, que acabavam sendo contemplados com mais ou com menos recursos que os necessários ao desempenho mínimo das suas funções (Paim; Teixeira, 2007).

Exemplo significativo dos problemas causados por essa distorção foi identificado na execução do Programa de Saúde da Família, uma ação estratégica fundamental do SUS. A concepção estrutural e dinâmica do PSF previa a construção de uma rede de cobertura populacional crescente. A reserva de um percentual fixo do PAB para as suas atividades, portanto, não só era inadequada como impedia a rápida expansão e sustentabilidade do PSF, especialmente nos municípios pequenos (Paim; Teixeira, 2007).

O Ministério da Saúde concluiu que deveria redefinir o PAB, rebatizando-o com o nome de Piso de Atenção Básica. Mais do que a simples troca de palavras, imprimia-se um novo conceito e objetivo ao Piso: a Atenção não só às ações de assistência, mas, também, às de prevenção e promoção, garantindo a extensão dos benefícios ao conjunto da atenção primária à saúde. Após meses de negociações entre os gestores dos diferentes níveis de governo, decidiu-se pela partilha do PAB em dois componentes distintos: o PAB Fixo, que manteria um valor *per capita* nacional; e o PAB Variável, destinado aos programas prioritários da iniciativa federal (Paim; Teixeira, 2007).

Segundo Paim e Teixeira (2007), a ideia de um PAB Variável tinha por objetivo garantir o atendimento de programas estratégicos, ampliando o pacote de serviços. Agora, também, receberiam seus recursos os parceiros mais próximos do PSF, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o Programa de Combate às Carências Nutricionais, o Programa de Assistência Farmacêutica Básica, o Programa de Ações Básicas de Vigilância Sanitária, o Programa de Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças. A introdução de cada um desses programas, entretanto, estaria condicionada a regras, formas de financiamento e normas de adesão específicas.

A discussão sobre gestão da Atenção Básica e modelos de atenção vem assumindo, progressivamente, certa relevância na formulação de políticas de saúde no Brasil. Assim a NOB-96 concebia para o SUS um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e no seu meio ambiente, bem como a relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com seus núcleos sociais primários as famílias (Brasil, 1998).

De acordo com a NOB-96, os municípios assumem responsabilidades na gestão da atenção básica, tais como: desenvolvimento de métodos e instrumentos da gestão, incluídos os mecanismos de referência e contra referência de pacientes; coordenação e operacionalização do sistema municipal de saúde; desenvolvimento de mecanismos de controle e avaliação; desenvolvimento de ações básicas de vigilância sanitária; administração e desenvolvimento de recursos humanos para atenção básica; fortalecimento do controle social no município (Brasil, 2000).

Ainda nesta perspectiva, tendo em vista os problemas observados na NOB-96, criou-se no ano de 2001 a Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01 que atualizou as condições de gestão da NOB-96, definiu prerrogativas dos gestores municipais e estaduais, propôs a formulação de plano diretor de regionalização e a qualificação das microrregiões na assistência à saúde, além de recomendar a organização dos serviços de média e alta complexidade.

Observa-se que a NOAS-02, publicada no ano seguinte manteve as duas modalidades de habilitação previstas pela NOAS-01 para a gestão dos municípios: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), porém sua ênfase maior é o processo de regionalização do SUS, a partir de uma avaliação de que a municipalização da gestão do sistema de saúde, regulamentada e consolidada pelas normas operacionais estava sendo insuficiente para a configuração do sistema de saúde, por não propiciar uma definição mais clara dos mecanismos regionais de organização da prestação de serviços (Brasil, 2002).

Segundo Escorel (2008) com maiores investimentos na atenção básica à saúde, conforme supracitado, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde têm origem no início dos anos de 1990 e tem grande influência nos resultados vivenciados na atualidade, uma vez que seu objetivo primordial estava respaldado em estender a cobertura de ações de saúde as populações rurais e periferias urbanas, acreditando no seu potencial. A partir de 1993, o programa ampliou seus objetivos, no sentido de o agente comunitário tornar-se capaz de articular os serviços de saúde e a comunidade, incluindo entre suas atribuições o desenvolvimento das ações básicas de saúde e atividades de caráter educativo nos níveis individual e coletivo.

A partir deste contexto, por meio do Ministério da Saúde tem-se a origem em 1994 do Programa Saúde da Família, que tem como propósito organizar a prática da atenção à saúde. Foi apresentado como um programa que fazia parte da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Teve como antecedente, o programa de Agentes Comunitários de Saúde, lançado em 1991, onde já se trabalhava tendo a família como unidade de ação programática. Com os resultados favoráveis do PACS, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil, se buscou uma ampliação e uma maior resolutividade das ações e, a partir de janeiro de 1994, começaram a serem formadas as primeiras equipes de Saúde da Família (Brasil, 2000).

O programa em questão, no decorrer do tempo perde o seu caráter de programa, começando a ser visualizado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de ação, com vistas a reestruturação e reorganização do Sistema Único de Saúde. Diante de diversos debates, com o intuito de regulamentar tais ações, em 2006 têm-se a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que possibilita a revisão e concretização das diretrizes e normas para a organização da atenção básica, ficando estabelecido agora a Estratégia Saúde da Família (ESF) no lugar do PSF e havendo análise do PACS (Brasil, 2006).

Nesta perspectiva a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer a suas possibilidades de viver de modo saudável (Brasil, 2006).

De acordo o Departamento de Atenção Básica (DAB), no Brasil, a atenção básica (AB) é desenvolvida com elevado nível de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Política Nacional de Atenção Básica define princípios gerais para a Atenção Básica e coloca a Saúde da Família como uma estratégia de mudança do modelo de atenção, substituindo uma rede que já existia, criando novas redes e atuando de forma pró-ativa em territórios definidos com planejamentos de acordo com o diagnóstico e de modo integrado na comunidade (Brasil, 2006).

A Política supracitada sofreu duas alterações, sendo a primeira ocorrida no ano de 2011 e recentemente em setembro de 2017 uma nova portaria é publicada da PNAB, desta maneira a atualização de 2011 oferece inovações no que diz respeito, a conceitos e a introdução de elementos pertinentes ao papel da Atenção Básica na orientação das redes de atenção.

Houve na primeira atualização (2011) a mudança de conceitos e introdução de elementos ligados a funcionalidade da AB na ordenação das Redes de Atenção. Avançou no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de Equipes de Saúde da Família, houve a inclusão de Equipes de Atenção Básica para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas (Brasil, 2001).

No tocante as atualizações realizadas na PNAB no ano de 2017, as quais fazem parte do objeto de estudo dessa dissertação trabalham com os Princípios e Diretrizes, Responsabilidades, Gestão da Atenção Básica, Processo de Trabalho e Educação Permanente. O documento traz mudanças referentes ao território, composições de equipes, gestão do trabalho, infraestrutura e ambiência, monitoramento e avaliação, educação permanente e matriciamento (Brasil, 2017b).

A integração da AB com as ações de vigilância em saúde é uma das mudanças em destaque. O novo texto prevê, dentre outros apontamentos, a incorporação do Agente Comunitário de Endemias (ACE) às equipes nas UBS, com unificação dos territórios de atuação. A instituição da Equipe de Atenção Básica também é uma alteração. Esse modelo de equipe atenderia os princípios e diretrizes da AB, tal qual

as Equipes de Saúde da Família (eSF), com financiamento federal. Atualmente, existe cerca de 10% da população brasileira coberta por diferentes organizações de equipe da AB. Essa inserção ampliará o atendimento (Brasil, 2017b).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017b), os termos AB e APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento. A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017b).

Contudo, pode-se observar que após 28 anos da criação do Sistema Único de Saúde houve avanços na sua implementação. Realizaram-se inovações institucionais, como um intenso processo de descentralização que outorgou maior responsabilidade aos municípios na gestão dos serviços de saúde, além de possibilitar os meios para promover e formalizar a participação social na criação de políticas de saúde e no controle do desempenho do sistema (Paim, 2012).

No entanto, o SUS é um sistema em desenvolvimento que continua a lutar para garantir a cobertura universal e equitativa. À medida que a participação do setor privado no mercado aumenta, as interações entre os setores público e privado criam contradições e injusta competição, levando a ideologias e objetivos opostos (acesso universal *vs.* Segmentação do mercado), que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde (Paim, 2012).

Ainda segundo o pesquisador supracitado, outros desafios surgem por conta de transformações nas características demográficas e epidemiológicas da população brasileira, o que obriga a transição de um modelo de atenção centrado nas doenças agudas para um modelo baseado na promoção intersetorial de saúde e na integração dos serviços de saúde. O Pacto pela Saúde e sua proposta de uma rede de serviços de saúde organizada com fundamentos na atenção básica, associados às recomendações da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, segundo as quais é essencial abordar as causas primordiais dos problemas de saúde, podem ajudar nessa conformação de modelos de atenção mais abrangentes, por mais que ainda seja necessário superar enormes dificuldades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade EIG (2003). Estado e Previdência no Brasil: uma breve história. A previdência social no Brasil. 1 ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo. p. 69-84.
- Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Tos BRGO, Viera CS (2014). História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6): 1000-1007.

- Arouca AS (1975). O Dilema Preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo. 197p.
- Arouca AS (1987). Democracia é saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 1986, Brasília. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. p. 35-42.
- Batich M (2004). Previdência do Trabalhador: uma trajetória inesperada. São Paulo em Perspectiva, 18: 33-40.
- Befi D (1997). Fonoaudiologia na atenção primária à saúde. São Paulo: Lovise, p. 15-36.
- Brasil (1987). Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 1986, Brasília. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p. 381-389.
- Brasil (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988. Senado Federal. Acessado em 15 de Maio de 2018. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf>.
- Brasil (1998). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2. Ed. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade.
- Brasil (2000). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Competência para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob a Estratégia de Saúde da Família: médico e enfermeiro. Brasília.
- Brasil (2001). Ministério da saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundado a descentralização em equidade no acesso. NOAS-SUS 01/01. Brasília, Série A. Normas e Manuais Técnicos.
- Brasil (2002). Ministério da saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundado a descentralização em 59 equidade no acesso. NOAS-SUS 01/02. 2 ed. Brasília. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 107p.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. -4. Ed.- Brasília: Ministério da Saúde, (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.4). 68p.
- Brasil (2017a). Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Cronologia Histórica da Saúde Pública. Acessado em 17 de Maio de 2018. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>.
- Brasil (2017b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017. PNAB: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

- Brasil (2018). Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Linha do tempo da saúde pública. Acessado em 16 de Maio de 2018. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo>.
- Calaça CE (2001). Vivendo em Manguinhos: a trajetória de um grupo de cientistas no Instituto Oswaldo Cruz. *História. Ciência, saúde*, 7(3): 587-606.
- Carvalho LD (2015). A construção da figura de Carlos Chagas em revistas ilustradas após a descoberta do *Trypanosoma cruzi* (1909-1920). *Diálogos*, 19(3): 1283-1313.
- Ceccim RB (2004). Hospitais de ensino: a formação e a pesquisa em saúde e sua inserção no SUS. In: Reis AAC, Ceccim RB, Lopez EM. Reforma do sistema de atenção hospitalar brasileira. Brasília, DF: Ministério da Saúde. p. 87-89.
- Ceccim RB (2005). Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 10(4): 975-986.
- Costa GA, Romano APM, Elkhour ANM, Flannery B (2011). Evolução histórica da vigilância epidemiológica e do controle da febre amarela no Brasil. *Revista Pan Amazônica de Saúde*. 2(1): 11-26
- Escorel S. Reviravolta da Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 206p.
- Escorel S. (2008). História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar a reforma sanitária. In: Giovanella L. et al. (org). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 385-434.
- Fleury S, Bahia L, Amarante PDC (2007) Saúde em Debate: fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes. 232p.
- Fonseca MF (2007). O isolamento geográfico como interferente em avaliações neurológicas de possíveis efeitos tóxicos do metilmercúrio. Tese (Doutorado em Ciências 64 Biológicas - Biofísica) – Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 262p.
- Garbin W (1995). O sistema de saúde no Brasil. In: Vieira RM. Fonoaudiologia e saúde pública. Carapicuíba: ed. Pró-Fono., p. 24-34.
- Levcovitz E (1997). Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS - um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde 1974-1986. Tese (doutorado) IMS/UERJ, Rio de Janeiro. 286p.
- Lima ALLM, Kiffer CRV, Uip DE, Oliviera MS, Leite HM (1996). HIV/AIDS: Perguntas e Respostas. Caps. 1-6. São Paulo. Editora Atheneu. 310p.
- Marinho MGS MC (2012). A universidade de São Paulo e a fundação rockefeller. Elementos para análise da constituição de políticas de ciência e tecnologia no Brasil (1948-1968). *Revista Congreso Universidad*. 1(1).

- Mercadante AO, Schechtman A, Cortes BA, Junior EM, Mendes EV, Wong JA, Medeiros M, Lemos MAS, Serrano MM, Meirelles RHS, Nogueira RP, Piola S, Vianna SM, Figueiredo VC (2002). Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: Finkelman J. Caminhos da saúde no Brasil[online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz., 328p.
- Moreira MD, Mota HB (2009). Os Caminhos da Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde – SUS. Revista CEFAC, 11(3): 516-521.
- Oliviera BT (2007). Da antiga sede da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) ao atual Instituto Nacional do Câncer (Inca). História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 14(1): 325-346.
- Paim JS (2012). Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? Saúde em Debate. 36(94): 343-347.
- Paim JS, Teixeira CF (2007). Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, 12(supl.): 1.819-1.829.
- Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet. [S. l.], 377(9779): 1-31.
- Paim JS (2002). Saúde, Política e Reforma Sanitária. Salvador: CEPS-ISC. 446p.
- Puccini RF (1995). Saúde pública: histórico e conceitos básicos. In: Vieira RM. Fonoaudiologia e saúde pública. Carapicuíba: Pró-Fono. p. 3-22.
- Renovato RD, Bagnato MHS (2010). O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). Educar em Revista. Curitiba, Brasil, n. especial 2: 277-290.
- Senra NC (2006). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Centro de Documentação e Disseminação de Informações. História das Estatísticas Brasileiras. Rio de Janeiro: IBGE. 88p.
- Sousa EB, Silva RJ, Abrão RK (2017). Educação permanente em saúde: realização de rodas de conversas com profissionais assistentes sociais. Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI. 13(25): 106-116.
- Teixeira LA (2001). Da transmissão hídrica a culicidiana: a febre amarela na sociedade de medicina e cirurgia de São Paulo. Revista Brasileira de História, 21(41): 217-242.

Alterações realizadas na política nacional de atenção básica no ano de 2011

SURGIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Com base nos pressupostos apresentados no capítulo anterior, enfatiza-se o início dos acontecimentos históricos em 1993 que tiveram fortes influências na criação da Política Nacional da Atenção Básica em 2006. Logo após o *impeachment* de Collor, no segundo semestre de 1992, o governo de Itamar Franco, no início de 1993, elabora a primeira proposta do Programa Saúde da Família, tentando dar forma para a Atenção Básica, entendendo que, enquanto não houvesse a resolução nessa instância, os serviços hospitalares permaneceriam em superlotação (Da Ros, 2000).

Nessa instância a UNICEF sugeriu o início do programa comunitário que fora aceito pelo Ministério da Saúde sendo denominado de Programa Saúde da Família. É importante mencionar que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, como antecessor do PSF, também foi lançado para configurar no cenário nacional como um potencial integrador da política pública governamental (Da Ros, 2000).

No governo de Fernando Henrique Cardoso, empossado em 1994, destaca-se o baixo nível de investimentos nas políticas públicas de saúde. Durante a sua gestão, não havia uma forma de financiamento para PSF, muito menos a formação de recursos humanos para esse novo modelo de trabalho estava consolidada. Dois anos após a criação do programa, com o objetivo de solucionar esta problemática em prol da melhoria nos atendimentos prestados se tem a criação dos Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o pessoal do programa supracitado, bem como uma proposta de ampliação dos recursos aos municípios que se comprometessem com o PSF (Verdi et al., 2018).

Cabe destacar que Verdi et al. (2018) *apud* Costa (1996) menciona que a continuidade e o apoio ao modelo de política em questão acontecem por intermédio do Banco Mundial, visto que o mesmo compactuou financeiramente com o desenvolvimento desse projeto. No entanto, não fora observado a dialética que se opunha à proposta do movimento de reforma sanitária que estava vigorando.

Far-se-á saber que na proposta viabilizada, em conjunto com o Banco Mundial, não há uma preocupação com a equipe multidisciplinar, nem com o salário dos profissionais, tampouco com o tamanho da clientela a ser atendida e com a qualidade do serviço, confirmando o distanciamento da proposta do Movimento da Reforma Sanitária. Em relação à configuração da equipe, ainda na década de

1970, discutia-se o tamanho que deveria ter uma equipe de Atenção Básica. Isso só conseguiu se materializar, ou melhor, iniciar sua materialização, com a proposta de 1993 do Programa Saúde da Família, cujo foco, de fato, sempre foi à comunidade (Verdi et al., 2018).

Neste sentido, inicialmente foi recebido pelo Ministério da Saúde uma proposta que tinha como base a inclusão das especialidades de médico, enfermeiro, odontólogo e psicólogo para que estes estivessem presentes na equipe básica. Na ocasião, foi considerado que para o grupo de cinco equipes haveria uma de referência, assim como uma de educação permanente para apoio. Caracterizava-se, desse modo, uma dupla função para cada uma dessas duas equipes, sendo a primeira, de referência e contra referência e a segunda, de qualificação permanentemente a ampliação da resolubilidade da Atenção Básica (Verdi et al., 2018).

O estudioso e defensor da saúde pública no Brasil Paim e Teixeira (2007) relatam que supervisão e assessoria proposta teriam condições de influenciarem as práticas coletivas na Atenção Básica, tais como participação nos grupos de promoção de saúde ou prevenção de doenças e reuniões comunitárias ou dos próprios conselhos. Os profissionais desse núcleo seriam estabelecidos conforme o desenho do perfil epidemiológico e das necessidades sociais de cada área de atuação da equipe de saúde da família.

Porém, houve a aprovação do projeto de ação do PSF de forma divergente dessa proposta de 1993 de modo que houve uma redução da equipe básica, contando desse modo, apenas com médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e o agente comunitário de saúde, fator este a ser considerado quando havia mil famílias por equipe. Esse fato pode ser explicado segundo Verdi et al. (2018) devido as imposições que foram colocadas pelo Banco Mundial, que naquele momento realizaria o financiamento do projeto. Cabe ressaltar que o reaparecimento da equipe de supervisão aconteceu apenas em 2005.

Submerso nesse cenário, com influência da atenção primária internacional, a qual demonstra resultados favoráveis da atenção básica em relação à atenção hospitalar, que pode ser verificado nos estudos de Billings et al. (1993), que ao estudarem dados da cidade de Nova York, identificaram que as taxas de internações hospitalares por condições sensíveis a atenção foram maiores em áreas em que a população residente aferiam baixa renda do que em áreas que os moradores tinham renda alta, nas quais o atendimento ambulatorial adequado estava mais prontamente disponível.

Cita-se ainda o trabalho realizado por Parchman e Culler (1994) no estado americano da Pensilvânia, em que foi constatada a existência de correlação entre o número de médicos da família e de clínicos gerais com as taxas de admissão hospitalar por condições evitáveis, na medida em que o número de médicos com essas características crescia, diminuía-se as taxas de internações.

Com esses aspectos postulados na década de 90 e 2000, acreditando que as ações da atenção básica são capazes de diminuir os custos com a assistência à saúde, baseado nos achados positivos evidenciados pelo PACS e pelo PSF, os quais se expandiram significativamente nos interiores do país, com denotada

redução de internações hospitalares e menores custos financeiros em comparação a atenção hospitalar é que se iniciam as discussões para o desenvolvimento de uma política pública capaz de organizar as ações e revitalizar a atenção básica, com maior abrangência e melhor resolutividade (Júnior et al., 2018).

Diante do exposto, observa-se que o ano de 2006 é de fundamental importância na caminhada por uma saúde pública resolutiva, de forma que fica evidente a maturidade desempenhada pelos setores públicos em prol da atenção básica em saúde por meio da ratificação e desenvolvimento da Política Nacional da Atenção Básica, fato esse que fora possível por meio do Pacto pela Vida que definiu como prioridade a consolidação e qualificação da saúde da família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde em âmbito do Sistema Único de Saúde.

Sendo assim, a PNAB é criada no ano de 2006 e alterada em 2011, as alterações ocorridas têm o intuito de consolidar o desenvolvimento de diversas manifestações governamentais e inclusão de portarias que foram surgindo no decorrer desses cinco anos, logo adiante veremos a contextualização das mudanças supracitadas.

NORMATIZAÇÕES DA INFRAESTRUTURA PARA AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2006) definiu os itens necessários para a implantação das equipes de saúde da família nas unidades básicas de saúde. Disso observa-se a alteração ocorrida quanto à estrutura física da UBS, sendo que a PNAB (Brasil, 2006) afirma que a unidade deveria ser composta por no mínimo consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência. A mesma ainda deveria conter área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade.

Com a perspectiva de ampliação da infraestrutura, a PNAB (Brasil, 2011) remete que a UBS deverá conter minimamente o consultório médico/enfermagem, consultório odontológico e consultório com sanitário; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de administração e gerência; e sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica, área de recepção, local para arquivos e registros, sala de procedimentos, sala de vacinas, área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS), sala de inalação coletiva, sala de coleta, sala de curativos, sala de observação.

As normatizações da estrutura básica das UBS não estão contidas na PNAB (Brasil, 2006), porém, encontraram-se orientações para construção das unidades no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde publicada em 2006, de modo que, em 2008 houve sua reformulação, o que serviu como referência para sua inserção na PNAB (Brasil, 2011), com base nas normas contidas nestas duas últimas averiguou-se o seguinte panorama em relação à estrutura física das UBS após a publicação desta política.

Em estudo realizado por Moura (2010) no estado da Bahia, utilizando como referência dois municípios, sendo denominado no estudo de município A e B, em que o primeiro com população aproximada de 220.000 habitantes e 24 Unidades de Saúde da Família, e o segundo com 132.000 habitantes e 22 Unidades. Neste estudo, as variáveis para caracterização do ambiente físico foram: dependências básicas (existência de sala de recepção ou espera, consultório médico e de enfermagem, sala de procedimentos, sala de imunização, sala de curativo, expurgo e dois sanitários), consultório odontológico, copa, Serviço de Arquivos Médicos e de Estatística (SAME), almoxarifado, esterilização, sala de reunião, abrigo de resíduos sólidos e farmácia.

Os dois municípios apresentaram deficiências quanto à estrutura física, mais acentuada no município B, em que todos os itens avaliados foram observados em menos de 70,0% das unidades de saúde da família. No município A, verificou-se que somente 12,5% das USF continham as dependências básicas, menos de 25,0% das unidades apresentavam sala de reunião e foi encontrado abrigo para resíduos sólidos em apenas 12,5% das unidades (Moura, 2010).

No município B, apenas 4,5% das USF apresentavam as dependências básicas, percentual que se eleva para 9,0% quando não se considera o expurgo, e no tocante a sala de reunião e abrigo para resíduos sólidos foi encontrado em apenas 13,6% da amostra, por último, em 22,7 % existia o SAME (Moura, 2010).

Observou-se a existência de condições inadequadas de biossegurança, uma vez que alguns procedimentos devem ser realizados em condições assépticas e aqueles que interferem na manutenção dessas eram efetuados no mesmo local. Foi identificado o precário estado de conservação e higiene das unidades, com presença de infiltrações e iluminação deficiente, além da ausência de rampa de acesso e sanitário adaptado para atender aos pacientes portadores de necessidades especiais. Destaca-se que diversas USF, especialmente no município B, encontravam-se sediadas em estruturas físicas que não foram construídas para tal fim, como casas adaptadas, que não atendiam às normas preconizadas no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde em 2008 (Moura, 2010).

Tais limitações interferem na manutenção da biossegurança, uma vez que grande parte das unidades de saúde não dispõe de sala específica para procedimentos, identificando-se a aplicação de medicamentos injetáveis no mesmo espaço no qual são realizados os curativos, além de pouca valorização do expurgo, sendo a descontaminação de instrumentais realizadas em local inapropriado. Tal achado vai de encontro ao estudo desenvolvido por Malaquias et al. (2012) no qual se verificou que em 69,2% das unidades pesquisadas, na sala de curativos realizavam-se outros tipos de atendimento, como administração de medicamentos e pré-consultas.

Sabe-se que o manejo de feridas, em especial, úlceras vasculares crônicas, possibilita contaminação do ambiente, visto que se trata de lesões com microbiota própria, até mesmos resistentes a antibióticos,

como evidenciado no estudo de Martins et al. (2010). A recomendação do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas (2008a) é que haja sala de uso exclusivo para o atendimento de pessoas com feridas, que inclui curativos, suturas e, ainda, coleta de material, com exceção de ginecológico.

Nesta perspectiva, o estudo de Bousquat et al. (2017) assume elevada importância em relação à avaliação da estrutura física das unidades básicas de saúde, no qual a mesma realizou a fragmentação por escores das variáveis relacionadas aos fatores supracitados, deste modo, as UBS foram agrupadas em cinco tipos, conforme a sua aproximação ao padrão de referência de qualidade da estrutura, os tipos foram denominados por “5 R”: UBS Tipo E – Reprovadas; UBS Tipo D – Rudimentares; UBS Tipo C – Restritas; UBS Tipo B – Regulares; e UBS Tipo A – Referência.

O estudo tomou como referência as 38.812 UBS ativas no país, localizadas em 5.543 municípios, dessas, 1.874 (4,8%) das UBS contemplaram o conjunto de critérios das cinco dimensões do padrão de referência e atingiram o escore máximo, sendo denominadas Tipo A, as mesmas têm equipe de saúde da família com saúde bucal, elenco completo de profissionais, ofertam todos os serviços e dispõem dos equipamentos selecionados, observou-se ainda que em números absolutos estão mais presentes nas regiões de maior desenvolvimento socioeconômico (Sudeste e Sul). Proporcionalmente a Região Centro-oeste com 6,2% das UBS fica à frente da Sudeste com 5,4%, porém atrás da Sul que mantém 9,3% no quesito Tipo A (Bousquat et al., 2017).

Metade das UBS 19.801 (51%) foram classificadas no tipo B e estão presentes em maior proporção nas regiões Centro-oeste e Nordeste. O Tipo C agrupa 11.291(29,1%) das UBS e estão em maiores proporções nas regiões sul e sudeste. As do tipo D contabilizam 3.930 (10,1%) UBS e proporcionalmente são mais encontradas nas regiões Norte com o quantitativo de 532 e Sul com 730 Unidades respectivamente. O Tipo E engloba 1.916 (4,9%) UBS e estão localizadas principalmente nas regiões Norte e Nordeste, tanto em números absolutos quanto proporcionalmente (Bousquat et al., 2017).

Fatos que geram alertas são para os dados relacionados à região norte, uma vez que em conjunto com a região nordeste mantém o maior número de Unidades Básicas do tipo E, uma vez que esse tipo é considerado “reprovado” por suas precárias condições de estrutura, considerados estabelecimentos sem qualquer condição de funcionamento por não cumprirem requisitos mínimos para prestar atendimento como uma unidade de saúde. São UBS que segundo o autor do estudo deveriam ser fechadas (Bousquat et al., 2017).

O estudioso supracitado relata que tais unidades, que estão com baixo nível estrutural, deveriam corresponder às denominadas unidades avançadas pelo fato de serem representadas com equipamentos em localidades distantes com baixas densidades demográficas, para os quais profissionais de saúde se deslocariam em limitados e determinados horários durante a semana ou mesmo o mês. Nesses casos, os

estabelecimentos de apoio para atendimento ocasional não deveriam estar registrados como UBS individuais no CNES (Bousquat et al., 2017).

Esse estudo toma como referência o banco de dados do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ciclo 1 (2012), e não foram encontrados estudos de atualizações entre os anos de 2012 e 2018, dessa maneira, esses dados se fazem atuais e tem demonstrando que as desigualdades regionais permanecem como um desafio para a construção de um sistema universal de saúde alicerçado na equidade.

Conforme análise dos aspectos supracitados pode-se avaliar que houve, após a divulgação desses dados um avanço na política em prol da melhoria na infraestrutura das UBS, principalmente em relação ao governo federal por meio do Ministério da Saúde, fato esse que pode ser evidenciado com a evolução da Portaria N° 2.226 de Setembro de 2009, que definiu o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família e o mesmo permaneceu em vigor até o ano de 2013, no qual o mesmo foi constituído por 2 (dois) componentes, os quais foram definidos em conformidade com o quantitativo populacional de cada Município, com base na Resolução N° 8, de 27 de agosto de 2008, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, são elas:

- Componente I: implantação de UBS em Municípios com população de até 50.000 (cinquenta mil) habitantes.
- Componente II: implantação de UBS em Municípios com população de mais de 50.000 (cinquenta mil) habitantes.

Verifica-se que a referida portaria define apenas 2 (dois) portes de UBS a serem construídas e financiadas pelo Plano, que são as de porte I destinadas e aptas a abrigar 1 (uma) Equipe de Saúde da Família, e as de porte II destinadas e aptas abrigar, no mínimo, 3 (três) Equipes de Saúde da Família, sendo que os valores repassados pelo MS para construção das mesmas são de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) para as de porte I e R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais) para a de porte II, respectivamente.

Subsidiando a afirmativa de aprimoramento na Política de incentivo, logo após análise dos dados acima relacionados, o Ministério da Saúde decide redefinir o componente construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio da Portaria N° 340, de 4 de Março de 2013, em que ficam definidos 4 (quatro) Portes de UBS a serem financiadas pelo MS por meio do componente construção:

- **Porte I:** destinada e apta a abrigar, no mínimo, 1 (uma) Equipe de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 1 (uma) Equipe de Atenção Básica e incentivo financeiro de R\$ 408.000,00 (quatrocentos e oito mil reais);

- **Porte II:** destinada e apta a abrigar, no mínimo, 2 (duas) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 2 (duas) Equipes de Atenção Básica com repasse de R\$ 512.000,00 (quinhentos e doze mil reais);
- **Porte III:** destinada e apta a abrigar, no mínimo, 3 (três) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 3 (três) Equipes de Atenção Básica e investimento de R\$ 659.000,00 (seiscentos e cinquenta e nove mil reais);
- **Porte IV:** destinada e apta a abrigar, no mínimo, 4 (quatro) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 4 (quatro) Equipes de Atenção Básica com custo de R\$ 659.000,00 (seiscentos e cinquenta e nove mil reais).

Fica evidente a alteração ocorrida, demonstrando-se a criação de dois novos portes de UBS, sendo assim, com incentivo financeiro para a construção das mesmas, fato esse que busca solucionar os problemas evidenciados por meio dos estudos supracitados, uma vez que se Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (2011), o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma por meio da portaria 2.206, de 14 de setembro de 2011, porém neste, não há incentivo financeiro para construção de UBS e sim para a reforma daquelas já existentes, o que se mostrou, segundo estudos supracitados que diversas vezes estão localizadas em ambientes impróprios para um estabelecimento de saúde.

ÁREA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS E SALA DE ARMAZENAGEM

A consolidação da ESF por meio da Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2011) evidenciaram vários desafios que estão intimamente ligados a consolidação do Sistema Único de Saúde no país, das quais podemos destacar a qualificação dos recursos humanos, potencial de resolução por meio da porta de entrada e a necessidade de manter o diálogo integral e efetivo da Atenção Básica com os demais níveis de organização do sistema.

Sendo que, no decorrer dos anos, a Assistência Farmacêutica inserida na PNAB (Brasil, 2011), sofreu importantes mudanças no marco legal, no arcabouço institucional e em sua organização. Tanto a Política Nacional de Medicamentos como a Política Nacional de Assistência Farmacêutica têm como um de seus objetivos centrais assegurar o acesso aos medicamentos à população, sendo que uma das estratégias foi a definição dos municípios como os principais responsáveis na provisão desses produtos no contexto da AB, trazendo-lhes novos desafios de gestão (Oliviera et al., 2010).

Porém, segundo estudo de Araújo e Freitas (2006) houve a elucidação de que as farmácias das Unidades Básicas ocupavam um espaço médio de 20 metros, sendo estes, estruturadas como local de armazenamento, no qual a dispensação era realizada por uma abertura na divisória que separava o ambiente da farmácia daquele destinado ao usuário e que essas independiam se a estrutura da UBS era antiga, nova

ou estava reformada. Os autores destacam que a avaliação desenvolvida pela OPAS e pelo Ministério da Saúde demonstrou irregularidades na estocagem de medicamentos nas áreas de armazenamento e dispensação de unidades de saúde e de centrais de abastecimento farmacêutico em todas as regiões do país.

Segundo estudo de Alencar e Nascimento, no ano de 2011, antes da divulgação na PNAB foi apontado que a maioria das UBS não apresentava uma área específica destinada à farmácia, mas sim armários ou salas para o armazenamento dos medicamentos, para as autoras, esses espaços não atendem aos critérios de boas práticas de armazenamento, tendo sido verificado excesso de luminosidade, pouca higienização e até mesmo a presença de insetos nesses espaços.

Os aspectos responsáveis pela regularização dos fatos apontados acima estão estabelecidos nas orientações do Ministério da Saúde que direcionam a concepção e a estruturação de farmácias no âmbito do SUS proposto pelo Manual de Estruturação Física das Unidades de Saúde em sua 1ª edição no ano de 2006 e 2ª edição em 2008, servindo assim, como referência para a alteração ocorrida, em que se tem na PNAB (Brasil, 2011) as orientações para estabelecimento da dispensa de medicamentos na UBS, fato esse que vêm se mostrando eficaz no uso racional dos medicamentos da atenção básica.

Está proposição mantém aspectos positivos, conforme evidenciado no estudo de Mendes e Marques (2014), em que neste período haviam registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 43.947 UBS no país, entretanto foram analisadas 38.812 UBS pelo fato de existir até então apenas dados referentes a esse percentual. Sendo observado que 75,3% dispensavam algum tipo de medicamento, 5,7% dispensavam psicotrópicos e 5,9% fitoterápicos, esses aspectos demonstram que após a implantação da PNAB (2011) um grande percentual de unidades básicas tem se preocupado em dispensar medicações aos pacientes, o que se considera um aspecto positivo.

Ainda no estudo de Mendes e Marques (2014) a disponibilidade média dos medicamentos-chave incluindo os fitoterápicos foi de 44,9%, apesar de ser considerado um percentil baixo, expressando uma situação desfavorável, os dados encontrados convergem com o cenário médio global, como demonstra Cameron et al. (2011) em que estudaram a disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas e condições agudas em 40 países em desenvolvimento, encontrando disponibilidade média de medicamentos no setor público de 55,9% para situações agudas e 41,6% para doenças crônicas.

Em estudo realizado por Nascimento et al. (2017), a disponibilidade média de medicamentos encontrada foi de 52,9%, ou seja, superior aos 44,9% observados por Mendes et al (2014). Para medicamentos-chave na atenção primária no Brasil e semelhante à média de 40 países em desenvolvimento, reportada por Cameron et al. (2011).

Sendo assim, observa-se que a dispensação de medicações na UBS como proposto na política se mostra eficaz, porém, o aumento de UBS com dispensa de algum tipo de medicamento é discreto, podendo

ser visualizados pelos autores supracitados, que demonstram existir a falta de medicamentos a serem dispensados na AB, o que prejudica o fluxo de atendimentos, diminuindo a resolubilidade dos problemas de saúde da população.

Fato esse que necessita de um olhar especial, pois, mesmo com a inclusão desse aspecto na PNAB (Brasil, 2011) verifica-se o baixo crescimento da disponibilidade média de medicamentos na atenção básica até o ano de 2017, sendo que esses aspectos fazem parte do diferencial no sucesso do tratamento. Desde 1994 em estudo conduzido por Halal et al. (1994) na cidade de Pelotas - RS, com uma amostra de 10% dos pacientes que consultaram em dois Postos de Atenção Primária à Saúde, entrevistados no domicílio 15 dias após a consulta, apontou que a resolução do problema foi alcançada em 87,9% dos casos.

A resolutividade esteve associada à disponibilidade de medicamentos no posto. Os pacientes que receberam todo ou, pelo menos, parte do tratamento tiveram uma probabilidade 33% maior de terem o seu problema resolvido. Para o grupo de pacientes que conseguiu comprar todo o tratamento, a probabilidade de melhorar ou ter o problema resolvido foi 25% maior, quando comparado com os pacientes que não receberam medicação gratuita. Entre as variáveis independentes estudadas, a resolução do problema foi dependente apenas da disponibilidade de medicamentos (Halal et al., 1994). Esse achado reforça a importância do acesso ao medicamento e o reafirma como fator isolado de maior impacto sobre as ações de saúde e de capacidade resolutiva das mesmas.

Segundo Fegadolli et al. (1997), em sua investigação realizada no ano de 1997 com 3.111 prescrições para avaliar a antibioticoterapia em crianças de 1 a 5 anos atendidas em UBS. Entre as consultas realizadas, 29,5% resultaram em prescrição de antibióticos. Destes, 65% foram fornecidos aos pacientes e 33,6% não existiam na Atenção Básica. A falta de medicamento na UBS pode comprometer o tratamento, pois a maior parte dos pacientes que procura o serviço público são indivíduos de menor poder aquisitivo.

De modo similar, Homedes e Ugalde (2006) faz a reflexão de que enquanto observam-se nas últimas décadas diversos avanços no fornecimento, por exemplo, dos medicamentos antirretrovirais, distribuídos gratuitamente aos que necessitam, percebemos grandes dificuldades na disponibilidade e acesso aos medicamentos essenciais a serem utilizados pelos usuários do SUS, na atenção básica. Por último, vislumbramos o estudo realizado em 11 cidades brasileiras a fim de monitorar a disponibilidade de medicamentos essenciais para a AB nos serviços públicos de saúde, o que revelou uma severa deficiência destes, somente 55,4% dos 61 medicamentos investigados estavam disponíveis (Karnikowski et al., 2004).

Estes resultados revelam que os esforços em prol da melhoria na AB podem estar comprometidos pela falta de acesso a medicamentos. A literatura indica que a falta de fornecimento da medicação é uma causa frequente de retorno de pacientes aos serviços de saúde, onerando a rede pública e comprometendo a resolutividade da AB (Homedes; Ugalde, 2006).

RECURSOS NECESSÁRIOS À IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Verifica-se que na primeira versão da PNAB publicada em 2006, há recomendação para que a Unidade Básica de Saúde sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, siga o padrão de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica. Neste mesmo sentido orienta que para a unidade com Saúde da Família em grandes centros urbanos, seja respeitado a referência de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária.

Destarte, a revisão da PNAB ocorrida em 2011 com o intuito de melhorar a qualidade da assistência orientou a redução no quesito UBS sem Saúde da Família sendo então uma UBS para, no máximo, 18 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da atenção básica, de modo que se tem a possibilidade de ampliação da estruturação da rede de UBS dentro do município, podendo contar com gama maior de profissionais. Destaca-se que não houve alteração quanto à orientação para UBS com Saúde da Família, permanecendo o parâmetro de no máximo uma unidade para até 12 mil habitantes (Brasil, 2011).

A Política Nacional da Atenção Básica de 2006 remete a existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, sendo que o número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família (Brasil, 2006).

Em seu texto revisado em 2011 há modificações quanto a especialidades da equipe multiprofissional na estratégia saúde da família, deixando a prioridade dos profissionais para o médico especialista em saúde da família ou em família e comunidade, enfermeiro especialista em saúde da família e para a ESF em que fazem parte do seu rol de profissionais, os de saúde bucal, que o cirurgião-dentista seja especialista em Saúde da Família. Em relação à carga horária de trabalho, fica estabelecido aqui que todos os profissionais devem ter vínculos com apenas uma equipe de saúde da família cumprindo 40 horas semanais, com exceção do médico que poderá atuar em até duas equipes, desde que não ultrapasse 40 horas semanais de trabalho (Brasil, 2011).

Conforme evidenciado, far-se-á saber que esses aspectos são inovadores uma vez que a Medicina de Família e Comunidade tem contribuído para a reestruturação científica da própria medicina adquirindo papel estratégico na constituição dos novos paradigmas na área da saúde, e, conseqüentemente, nos campos da formação de recursos humanos e da pesquisa. Isto porque, seus princípios e práticas são centrados na pessoa e não na doença, na relação médico-paciente, na interlocução com o indivíduo, sua família e a comunidade em que está inserido, na prática orientada pelo entendimento de que o processo

saúde/adoecimento é um fenômeno complexo, relacionado à interação dos fatores de ordem biológica, psicológica e socioambiental (Anderson et al., 2005).

Essa especialidade se direciona ao encontro do propósito da atenção básica, visto que, inclui em seus princípios a atuação, prioritariamente, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, a partir de uma abordagem biopsicossocial do processo saúde/adoecimento, desenvolvendo ações integradas de promoção, proteção, recuperação da saúde a nível individual e coletivo, priorizando a prática médica centrada na pessoa, na relação médico-paciente, com foco na família e orientada para comunidade, privilegiando o primeiro contato, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção à saúde (Anderson et al., 2005).

Já na perspectiva das ações da enfermagem, na ESF, o enfermeiro, é responsável por uma população inserida em um território adstrito e desenvolve atividades assistenciais, gerenciais, educativas e de pesquisa. Na assistência, o trabalho do enfermeiro compreende atividades como planejamento, consulta e procedimentos de enfermagem, visita domiciliar e territorialização, desenvolvidas dentro e fora das UBS, de forma a garantir o cuidado integral de indivíduos, famílias e coletividades, desse modo, fica indubitável a importância do profissional enfermeiro ser especialista em Saúde da Família, uma vez que a formação do enfermeiro é generalista e são inúmeras as áreas de atuação do mesmo, com a especificidade de cada ambiente de trabalho se torna difícil à compreensão dessa gama de conhecimento, desta maneira, com a indução de especialista na ESF, tem-se um foco melhor delimitado, com visão holística e direcionado à família e coletividade.

Deste modo é perceptível como positiva a alteração quanto à especificidade dos profissionais, porém há de se destacar as considerações que envolve a flexibilidade da jornada de trabalho dos profissionais, em especial, da área médica conforme está exposto no tópico abaixo relacionado.

FLEXIBILIZAÇÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL DE TRABALHO DO PROFISSIONAL MÉDICO

Em análise das ações em desenvolvimento por parte dos profissionais que atuam com a atenção básica, observa-se que o ano de 2006 se torna um marco, visto que com criação da PNAB neste ano o trabalho desses profissionais passa a contar com diretrizes de forma transparente de modo a definir as atribuições e a carga horária dos trabalhadores inseridos na ESF, e com relação aos horários ficou definido Jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composição mínima de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (Brasil, 2006).

Esses aspectos são considerados importantes avanços para a atenção primária em saúde no Brasil, uma vez que se propõe a integração de diversas áreas dos saberes em prol de um objetivo em comum que

é a melhoria nas condições de saúde da população e para o alcance desta meta os profissionais deveriam estabelecer vínculos mais permanentes de confiança com os usuários, centrada na determinação social da doença e as 40 horas de trabalho por parte de todos os profissionais colaboraria para esse avanço (Heimann; Mendonça, 2005).

A estrutura mencionada esteve na legislação por cinco anos, até que a PNAB (Brasil, 2011), na expectativa de alcançar maior disponibilidade de médicos na ESF resolve flexibilizar a carga horária destes profissionais alterando ainda a forma de repasse do PAB Variável de acordo com a carga horária de trabalho do médico, de modo que a equipe de saúde da família neste momento mantém um número e carga de trabalho variado para esse profissional, mantendo a obrigatoriedade das 40 horas semanais para os demais membros da equipe. As alterações estão organizadas na tabela abaixo:

Tabela 2. Alteração na configuração na relação médica e carga horária de trabalho. Fonte: Rodrigues et al. (2013).

Configurações	Nº de ESF ou equivalente contingente populacional	Nº de médicos	Carga horária semanal (h)	PAB Variável (%)
Original	1	1	40	100
I	1	2	30	100
II	2	3	30	100
III	3	4	30	100
IV	1	2	20	85
V(*)	1	1	20	60

(*) Equipe transitória, cujo número varia em função da população municipal.

Em análise realizada por Rodrigues et al. (2013), observou-se conforme a tabela supracitada que segundo a alteração promovida pela PNAB (Brasil, 2011) passa a existir várias possibilidades de arranjos para as equipes de saúde da família, podendo ser de seis maneiras distintas. Sendo que em uma delas, o médico trabalharia apenas 20 horas semanais. Nas outras possibilidades há atuação de mais de um profissional médico nas equipes seja cumprindo carga horária de 30 ou de 20 horas semanais. Ou ainda, a manutenção da situação ideal, com o cumprimento das 40 horas por apenas um médico.

Observa-se que não está especificada na política a forma como essas horas de trabalho devem ser distribuídas no decorrer da semana, fato esse que permite a criação de grandes variações nos processos de trabalho dentro da ESF, e abre a possibilidades de conflitos com os demais profissionais, uma vez que esse horário de expediente só se aplica à categoria médica. A integração entre os profissionais também pode ficar comprometida, pois em cada turno pode estar presente um médico diferente. E por fim, pode

interferir nos cuidados e nos vínculos entre médico e paciente, uma vez que passa a ser possível que mais de um médico acompanhe o mesmo paciente.

Em averiguações de estudos relacionados a essa temática, faz-se necessário apontar o estudo de Pierantoni et al. (2015) em que foi analisada a rotatividade da força de trabalho médica nos anos de 2009, 2010, 2011 e 2012 em 5.565 municípios brasileiros e contabilizados 250.926 vínculos formais de médicos, cuja maior proporção (59,7%) refere-se à região Sudeste. Diante desses fatos, observou-se uma maior rotatividade de médicos em municípios cujos indicadores econômicos, como a Taxa de Empregos Formais e o Produto Interno Bruto, se mostram inferiores. Esses dados podem ser explicados, em parte, pelo pedido de dispensa do próprio trabalhador em busca de um posto de trabalho que ofereça melhores rendimentos, tendo em vista o crescimento de postos de trabalho no setor saúde percebido nos últimos anos.

Fato em que há convergência com o estudo de Magnano e Pieratoni (2014) que em dois grandes municípios do Rio de Janeiro aponta o médico como sendo aquele com maior grau de rotatividade, quando comparado aos outros profissionais que compõem a equipe da ESF, neste sentido, a pesquisa realizada pela Fundação Getúlio Vargas, citada no estudo de Neri aponta que os médicos são os profissionais mais raros no mercado de trabalho brasileiro (Neri, 2008).

Sendo a escassez de médicos neste período evidenciado, conseqüentemente a mão de obra desses profissionais se torna mais elevadas, de modo que se pode perceber como um dos fatores para rotatividade e falta de profissionais no âmbito da atenção básica, conforme se verifica em estudo de Medeiros et al. (2010) em pesquisa realizada no Vale do Taquari (RS) ficou evidenciado que o regime de trabalho figura entre os principais fatores da rotatividade de médicos, de modo que, quando empregados por meio de modalidades de contratação precária, migram de um município a outro conforme a proposta financeira que recebem.

Aponta-se também estudo desenvolvido por Magnano e Pierantoni (2014) e Ney e Rodrigues (2012) por meio de que os fatores associados a rotatividade foram: a carga horária elevada, a remuneração praticada, a sobrecarga de trabalho gerada pelo excesso de usuários vinculados a uma equipe de saúde da família e as condições de trabalho. Averigua-se ainda o estudo de Rodrigues et al. (2013) em Santo Amaro da Imperatriz (SC), no qual, os médicos referiram, entre as principais causas de insatisfação com o trabalho na ESF, a baixa remuneração, a falta de capacitação profissional e o alto nível de estresse a que estão submetidos cotidianamente. Dos que participaram da pesquisa, mais de 14% pretendem pedir demissão naquela época.

Pieratoni et al. (2015) refere que a relação entre a satisfação do médico com o trabalho e a rotatividade não pode ser inteiramente compreendida sem que se analise o contexto no qual estão inseridos os profissionais. Devem-se considerar aspectos como a cooperação e o trabalho em equipe, os modelos

de gestão empregados e a infraestrutura municipal. Assim, verifica-se que a rotatividade varia de acordo com as características municipais e, portanto, torna-se complicado analisá-la sem considerar os indicadores locais.

Sendo assim, sustenta-se a ideia de que a rotatividade médica atrelada a redução da carga horária de trabalho, dentro da unidade básica de saúde, pode comprometer o vínculo com a população, obstando o alcance dos resultados esperados para os serviços de saúde, especialmente pelo fato desse modelo ter como foco o desenvolvimento do vínculo entre os profissionais e a família/ comunidade. Desse modo, Rodrigues et al. (2013) aponta como negativa a redução da carga horária médica dentro da ESF, uma vez que a atenção desejada pode não ser alcançada devido ao tempo de contato entre médico/família. Cita-se ainda a Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde que se demonstrou contrária a esta mudança, referindo que a proposta inicial da PNAB (Brasil, 2006) é a ideal.

PROPOSIÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Vislumbrando a eminente necessidade de gerenciamento e atendimento às amplas demandas na saúde e suas particularidades surge à urgência de obter um novo escopo de profissionais de diversas áreas dos saberes para atuarem em parceria com a ESF. Assim, no ano de 2008, com o objetivo de apoio a ESF na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o rol das ações da Atenção Básica, aumentando a resolutividade da mesma, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde, surge a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (Brasil, 2008b).

A responsabilidade da resolutividade dentro da AB passa a ser compartilhada entre a ESF e o NASF em que ficou previsto para ocorrer de forma longitudinal dentro do espaço de saúde na própria comunidade, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS. A ESF permanece sendo a porta de entrada para o sistema e o NASF referência para o apoio multiprofissional por meio do qual sua intervenção deve priorizar o apoio matricial às equipes da ESF, e também as intervenções coletivas de promoção, prevenção e acompanhamento de grupos sociais em vulnerabilidade (Andrade et al., 2012).

Segundo Campos e Domitti (2007) o apoio matricial é um dispositivo que assegura a retaguarda assistencial às equipes de referência, além de suporte técnico-pedagógico. Na primeira dimensão, as atuações dos profissionais do NASF estão organizadas de forma direta a assistência a partir de atendimentos conjuntos com as equipes de referência, sendo estes arranjos que permitem a mudança de foco na atenção individualizada, transferindo-o para equipes que realizam o acompanhamento longitudinal das famílias sob sua responsabilidade.

Em se tratando da dimensão posterior citada, a atuação é na perspectiva de instauração de um processo de educação permanente junto às equipes que estão sob o apoio matricial. Conforme evidencia Campos e Domitti (2007), referindo que nas duas dimensões, a assistencial e a técnico-pedagógica, devem se dar de forma articulada e permanente, constituindo-se em uma nova proposta de organização dos serviços de saúde na atenção básica materializada nos NASF.

Segundo Cunha e Campos (2011), o apoio matricial deve ser desenvolvido junto às equipes de referência e operar a partir da discussão dos núcleos e campos de saberes definindo que profissionais com determinado núcleo de conhecimento realizam o suporte para outros profissionais com outros núcleos. Campos et al. (1997) remetem que os conceitos de campo (saberes gerais) e núcleo (saberes específicos) são fundamentais para a realização do trabalho matricial, na medida em que colaboram para esclarecer e delimitar as atividades privativas de cada profissional e as que podem ser compartilhadas com outros profissionais.

Nesta conjuntura, resolve-se incluir o NASF na alteração ocorrida na PNAB, em 2011, ao reconhecer que o mesmo é parte fundamental da atenção básica, porém o mesmo não se constitui como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo, devendo ser regulados pelas equipes de atenção básica, atuando de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços com o intuito de contribuir para a integralidade do cuidado por intermédio da clínica ampliada (Brasil, 2012).

Segundo essa alteração, o arranjo organizacional do NASF fica estabelecido em duas modalidades, sendo elas o NASF-1 e o NASF-2, de modo que os municípios e o distrito federal, caso opte por mais de uma dessas modalidades não receberão o incentivo financeiro para implantação por parte do governo federal.

Discrimina-se a seguinte conjuntura das modalidades: para o NASF do tipo 1, toda equipe de trabalhadores deverão ter formação em nível superior os quais devem acumular, minimamente, carga horária de trabalho de 200 horas semanais, somando toda equipe, e, quando considerada a carga horária de trabalho de forma individual do profissional, fica vedada a qualquer membro da equipe, manter carga horária inferior a 20 horas semanais, sendo estabelecido o mínimo de 20 horas e o máximo de 80 horas de trabalho no período. Enquanto que o NASF tipo 2 deve ser composta por profissionais de nível superior em que agrupada a carga horária de todos os servidores devem ter uma rotina mínima de 120 horas semanais, mantendo os profissionais de forma isolada com carga horária entre 20 e 40 horas semanais (Brasil, 2011).

Diante dos critérios da modalidade a qual o gestor fora contemplado, o mesmo poderá optar pelos profissionais que fazem parte do Código Brasileiro de Ocupações (CBO), sendo: médico acupunturista; assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico

ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte-educador); e profissional de saúde sanitaria (Brasil, 2011).

Salienta-se que a composição profissional de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que receberão apoio, sendo obrigatório o funcionamento de qualquer modalidade em horário concomitante ao das ESF ou equipes de atenção básica para as populações específicas que são apoiadas (Brasil, 2011).

Nessa perspectiva de ampliação dos atendimentos, em 2012, houve algumas alterações nos parâmetros quantitativos e qualitativos do NASF em relação às ESF por meio da Portaria nº 3.124/12 do Ministério da Saúde, em que se mantiveram os padrões de carga horária de trabalho para as duas conformações anteriores e criação da terceira modalidade (NASF - III) que deve estar vinculado de uma a duas equipes de saúde da família, com o somatório de carga horária dos membros da equipe de, no mínimo 80 horas semanais, considerando isoladamente, as ocupações devem respeitar a carga horária de 20 a 40 horas semanais (Brasil, 2012).

Conforme se pode observar no estudo de Andrade et al. (2012) em que se realizou análise da implantação do NASF no interior do estado de Santa Catarina, após a sua inserção na PNAB em 2011, o resultado nos possibilita compreender que há potencialidades e fragilidades na implantação dessa política, sendo necessários alguns ajustes para aumentar a eficácia da mesma. No entanto, podemos compreender que o NASF é de suma importância para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população, sendo que ao estabelecer prioridades a partir da melhoria das relações interdisciplinares contribuiu para um melhor clima organizacional e para a compreensão da complexidade da prestação do serviço.

Nesse contexto, evidenciou-se que as ampliações da gama das outras áreas de atuação proposta pelo NASF promovem a expansão do acesso com a entrada desses profissionais nos domicílios o que proporcionou um contato próximo com a comunidade, mantendo visões de novas demandas que antes não chegavam ao profissional e ao serviço, isso promovido por olhares de outros profissionais, ampliando assim o escopo de ações com resolubilidade de forma a modificar o perfil de demanda em dimensões transcendentais à organização e estrutura do serviço desafiando o saber-fazer do profissional tradicional (Sundfeld, 2010).

Nessa relação dialógica do saber, Ceccim (2005) remete falha na capacitação dos profissionais da equipe com visão do trabalho compartilhado, demonstrando deficiência no conhecimento acerca do trabalho em Saúde da Família e em relação ao território em que estão inseridos, dessa maneira sustenta-se a importância do desenvolvimento das atividades do NASF, uma vez que o mesmo tem a responsabilidade

de cobrir essa lacuna com a educação permanente que se mostra um instrumento eficaz uma vez que modifica o diagnóstico e a intervenção diante das necessidades, a partir dos problemas identificados em sua prática diária.

Vislumbrando esses aspectos, fica evidente o impacto positivo promovido pela inserção do NASF na PNAB, em 2011, referindo Ludke e Cutolo (2010) que as deficiências supracitadas podem ter origem na formação dos profissionais para a prática da promoção da saúde ou mesmo nas mudanças e necessidades de atualizações enquanto profissional, sendo essa a justificativa para atuação do NASF na educação permanente enquanto apoio matricial, visto que capacitar os profissionais, que hoje estão trabalhando na ponta, é de fundamental importância para que eles possam atuar de forma coerente com os princípios que norteiam a ESF, reestruturando a lógica do atendimento.

EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PARA POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

A Estratégia de Saúde da Família tem demonstrado notórias possibilidades de alterações no perfil epidemiológico, por meio da qual uma das características relevantes está ligada a intervenção *in loco* dos problemas de saúde da comunidade por meio do vínculo e do trabalho desenvolvido por esse sistema, sendo que a organização do processo de trabalho para a garantia do acesso transcende a singularidade, se tornando potência como modalidade tecno assistencial em atenção básica (Biegelmeier et al., 2009).

Nesta perspectiva, segundo Biegelmeier et al. (2009) a constituição do estabelecimento de vínculos e a relação de confiança entre o profissional e a comunidade são favorecidas pelas relações pró-ativas dentro da comunidade inserida em seu território, esse fato melhora a continuidade da assistência prestada, pois, oferece condições de identificar problemas e priorizar intervenções de forma individualizada com organização dos processos particulares de cuidado.

Porém, neste contexto, com a vasta extensão territorial e a configuração geográfica de nosso país se torna complexa a inserção da equipe de saúde da família prevista pela PNAB em 2006, visto que não há previsão dessas equipes atuarem com populações específicas, a exemplo, os residentes nas comunidades ribeirinhas. Outra dificuldade encontrada são os indivíduos que fazem da rua a sua moradia, uma vez que os mesmos não tem residência fixa e a incidência migratória é elevada, diversas vezes com vícios em álcool e outras drogas. Buscando regulamentar essa situação, na PNAB (2011) foi inserida a previsão para as equipes de saúde da família para populações específicas, por meio da qual é exposto suas peculiaridades a seguir.

INSTITUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO CONSULTÓRIO DE RUA

O campo da saúde pública é amplo, de modo que orientado pelo princípio da universalidade dentro do SUS se propõe o consultório de/na rua, o mesmo versa em um panorama intrincado em termos de assistência à saúde para pessoas em situação de rua, que diversas vezes estão imersas no *crack*, álcool e outras drogas. Aponta-se a desinstitucionalização, que se tornou efetiva na década de 90 no Brasil, no qual, com a população segregada em manicômios, se demonstrou pouca preocupação sobre os segmentos que não experimentaram a internação manicomial ou portadores de agravos psíquicos sem acesso aos serviços regulares de atenção à saúde mental, sobre quem incide, então, a ação de aparelhagens do Estado, como o judiciário e a polícia.

Mesmo em face da desinstitucionalização, não houve, de maneira relevante, uma política social e de saúde que pensasse sobre o sofrimento ou transtorno psíquico e o acolhimento da população em situação de rua, a qual foi crescendo de maneira expressiva nas grandes cidades do país nas últimas décadas, sendo também estigmatizada. Não é difícil constatar que pessoas em situação de rua passaram, no imaginário social, a serem vistas como os “novos desviantes da sociedade”, como perigosas, devido ao consumo de crack, álcool e outras drogas, e porque perambulam pelas ruas, pedindo ou roubando para sustentar sua droga-dependência, deixando de ser “sujeitos desejantes para serem meros objetos inertes e irresponsáveis, quanto aos seus próprios atos” (Merhy, 2012).

Gerando condições para o desenvolvimento de diversas designações no imaginário social, especificamente para as pessoas em situação de rua: maloqueiros, mendigos, pedintes, indivíduos em estágio de degradação, sem rumo, sendo o ponto de união entre elas a noção de pessoas vivendo nas ruas e sem ganho definido, o que as tem traduzido como “descartáveis urbanos”: indivíduos/grupos “vitimizados pelos problemas estruturais”, com uma situação agravada “pela contínua permanência em condições insalubres, sujeitas à violência ou ainda sob a ação contínua de álcool e drogas”, tidos, nas sociedades urbanizadas, como “uma presença inoportuna e ameaçadora” (Varanda; Adorno, 2004).

Nesta perspectiva, averiguando a trajetória, observa-se que o Consultório de Rua (CR) é uma experiência que surge no início de 1999, em Salvador, na Bahia, realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, cujo idealizador do projeto-piloto foi o Professor Antônio Nery Filho em resposta à problemática de crianças e adolescentes em situação de rua e uso de drogas. Cinco anos após essa iniciativa, no ano de 2004, foi implantado um CR no primeiro Centro de Atenção Psicossocial para o Atendimento em Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) de Salvador, estruturando o modelo assistencial dessa unidade (Brasil, 2010).

Logo após a avaliação da experiência ocorrida entre 1999 e 2006, essas premissas permitiram elaboração de considerações a respeito da pertinência deste dispositivo como alternativa para a abordagem e atendimento aos usuários de drogas em situação de grave vulnerabilidade social, e com maior dificuldade de aderir ao modelo tradicional dos serviços de saúde da rede, na qual essa experiência se demonstrou eficaz ao atendimento dessa população (Oliviera, 2009).

Diante disso, em 2009, o MS reconhecendo que o CR favorecia o fluxo de encaminhamentos e a inserção na rede dos usuários de drogas em maior situação de vulnerabilidade social foi proposta pelo MS que o Consultório de Rua se tornasse uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento em Álcool e outras Drogas, havendo assim, em 2010, sua inclusão no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao *Crack*, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços assistenciais e qualificar o atendimento oferecido às pessoas que usam *crack*, álcool e outras drogas por intermédio de ações de saúde na rua (Londero et al., 2014).

Outra experiência brasileira com referência nos CR foram os Programas Saúde da Família sem Domicílio – PSF Sem Domicílio, mais tarde Equipe de Saúde da Família para População em Situação de Rua – ESF Pop Rua. Pode-se referir, a partir de 2004, o PSF sem Domicílio, de Porto Alegre, seguido das ESF sem Domicílio de Belo Horizonte e de São Paulo e a ESF Pop Rua do Rio de Janeiro (Londero et al., 2014).

O PSF Sem Domicílio de Porto Alegre compunha a rede de Atenção Básica à Saúde e o Programa de Atenção Integral à População Adulta de Rua, sendo o seu objeto de ação, os indivíduos que faziam da rua seu espaço de vivência. As ações reportadas envolviam além da promoção da saúde, a busca pelos motivos que desencadearam as situações atuais dessa população, com comunicação direta entre os diversos setores que pudessem estar interligados à resolução desse problema, tratando dessa maneira a causa e não somente os efeitos (Londero et al., 2014).

Segundo Londero et al. (2014) a partir de análises históricas envolvendo as políticas de melhorias para a população nessa situação, afirma que a Política Nacional de Saúde Mental esteve ligada ao CR mesmo com a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua e o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento no ano de 2009. O referido autor menciona a adoção do CR por parte do Ministério da Saúde como estratégia para enfrentamento de melhorias nas condições de saúde dessa população, em que o mesmo favorece os dispositivos de Saúde Mental e da Saúde da Família e não extingue nenhum deles, desse modo, insere o CR na PNAB (Brasil, 2011), conforme:

As equipes de Consultório na Rua deverão realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações das Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e NASF), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social, entre outras instituições públicas e da sociedade civil (Brasil, 2011).

Segundo Brasil (2010) até um ano antes da instituição da atualização da PNAB 2011 havia em torno de cem CR em funcionamento em todo país, promovendo atenção à saúde dessa população com inclusão destes nos serviços de saúde. Destaca-se que as equipes que atuam no CR trabalham em um eixo transversal, com atendimento à saúde mental e a todos as outras vertentes da atenção básica,

desenvolvendo ações de prevenção e promoção da saúde desta comunidade com vistas a melhoria da qualidade de vida dos mesmos (Brasil, 2010).

ASPECTOS INTRÍNSECOS DO CONSULTÓRIO DE RUA

Os Consultórios de Rua mantêm a particularidade do desenvolvimento de suas ações fora do conforto de uma UBS com estrutura física tradicional em alvenaria. Os profissionais que atuam naqueles são os envolvidos com a saúde mental, os que estão interligados a atenção básica, sendo necessário ao menos um trabalhador da assistência social, que em grande parte das ações dos profissionais envolvidos, está um cenário rodeado por usuário de drogas em situação extremamente vulnerável, distante dos serviços de saúde. E com o intuito de acessibilidade aos serviços de saúde para essa população que acontece o desdobramento das ações do CR (Brasil, 2010).

Para o desenvolvimento de suas atividades, a equipe multiprofissional necessita de um veículo tipo Van, usado para o deslocamento da equipe e de materiais necessários à realização das ações. O carro, além de transportar a equipe e os insumos, tem a função de se constituir como referência para os usuários, sendo que um ponto fixo previamente escolhido para a atuação dos Consultórios de Rua se faz necessário, considerando o fato de que, em muitos locais escolhidos para a intervenção, a população alvo é flutuante, é necessário que se estabeleça um local, dia e hora para os encontros, mantendo-se a regularidade da presença da equipe de forma constante, de modo a criar uma referência e tornar os contatos mais acessíveis para os usuários (Brasil, 2010).

Um aspecto de grande relevância do Consultório de Rua está no fato de ser uma proposta de clínica na rua, especializada para o atendimento de problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas. A perspectiva de uma oferta programada, tal como se modela este dispositivo, implica em ofertar onde ainda não há uma demanda de ajuda explicitada, não existindo condições prévias estabelecidas, tudo está por se fazer, de modo que o ambiente profissional é construído a partir do momento em que se posiciona no contexto do trabalho (Brasil, 2010).

Diferentemente do trabalho interno de uma instituição, quando é o usuário que busca o serviço e cujas condições de atendimento já estão postas, com toda a ambiência fazendo parte do cenário terapêutico, incluindo o lugar que o profissional ocupa na organização do serviço, na rua esses espaços precisam ser construídos a partir do trabalho e da posição em que os profissionais se colocam para os usuários. No seu posicionamento, a equipe deve explicitar o propósito da presença do Consultório de Rua e quais as características do seu trabalho, diferenciando-o de outras ações desenvolvidas na rua, como ações de cunho caritativo. Assim, gradativamente, vai-se demarcando o lugar do Consultório de Rua enquanto um dispositivo do campo da saúde (Brasil, 2010).

Sendo assim, o CR oferta, para seus usuários, um serviço aberto e de demanda espontânea, buscando acolher o indivíduo dentro de suas necessidades. As ações são construídas de acordo com as particularidades e vulnerabilidades do cidadão envolvido, de modo que esses aspectos implicam o desafio de produzir um cuidado capaz de internalizar, em suas intervenções, o inesperado ou o não programado em termos da atenção prevista. De certo modo, este desafio está colocado para todo e qualquer serviço de saúde, porém, estas exigências, na rua, parecem impor-se de forma intensa, persistente e inusitada (Londero et al., 2014).

Aponta-se a inserção da normativa do Consultório de Rua dentro da Atenção Básica por meio da PNAB (Brasil, 2011) como positiva, pois, dessa maneira houve a regulamentação e abertura das UBS com o apoio do NASF para as equipes que desenvolvem suas atividades em prol da promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos a essa comunidade, conforme pode ser evidenciado em estudo realizado por Ferreira et al. (2018) em que se utilizou como cenário o campo de atuação da equipe de consultório de rua instalada após a publicação da PNAB na cidade de Maceió, Alagoas entre o segundo semestre de 2014 e o primeiro semestre de 2015.

O autor supracitado aponta como resultado de seu estudo melhorias nas condições de vida da maior parte dos estudados e atendidos pelo Consultório de Rua. Segundo Ferreira et al. (2018) a construção do vínculo entre o profissional e a comunidade em questão com diálogo aberto é promovido pelas ações do Consultório de Rua, fato esse que se demonstra positivo, uma vez que as ações envolvem a promoção da vida, redução de danos sociais e melhorias na qualidade de vida e saúde da população atendida. Nesta mesma avaliação há relatos positivos por parte dos usuários do CR, sendo destacado por estes a facilidade do acessar os serviços de saúde.

Por fim, com esses achados, ressaltamos a importância do engajamento da gestão e dos profissionais de saúde que estão em diversos espaços da RAS, considerando que o consultório de rua exerce função fundamental na vida dessas pessoas, porém a atenção a elas não é responsabilidade exclusiva dos profissionais que atuam no Consultório na Rua, sendo necessário a junção da força de trabalho que envolvem os diversos espaços da RAS para melhor qualidade no atendimento as necessidades de saúde desses indivíduos, ficando a indicação de capacitações para todos os profissionais das redes de atenção social e de saúde.

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA DA AMAZÔNIA LEGAL E PANTANAL SUL MATO-GROSSENSE

Atualmente a Amazônia Legal brasileira contém uma extensão total de aproximadamente 5.020.000 km², equivalendo a 61% do território brasileiro, porém representa apenas 12,3% da população do país, dispersa pela grande área e vasta hidrografia, sendo composta pelos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, parte do Maranhão e Pantanal Sul Mato-

Grossense, sendo que nesses espaços se fazem presentes às comunidades ribeirinhas que estão constituídas por grupos humanos multiétnicos assentados em espaços geográficos definidos como várzeas, isto é, terrenos férteis no entorno de corpos d'água inundáveis em decorrência do regime hídrico pluvial característico desse tipo de florestas equatoriais (Fonseca, 2007).

Vislumbrando os locais referidos, observa-se que por longo período houve o isolamento dessas áreas em relação aos grandes centros urbanos, de modo que a população ribeirinha foi conformando lugares singulares em que se expressam formas culturais tradicionais. Observa-se que a distância se torna fator crítico na Amazônia, tornando-se difícil o acesso das pessoas aos serviços de saúde geralmente urbano, sendo um desafio para a saúde pública o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde nas comunidades rurais à margem dos rios da Amazônia (Faria et al., 2010).

Os percursos físicos percorrido com facilidade em áreas que possuem estradas se apresentam como uma barreira à população ribeirinha, uma vez que são dependentes exclusivamente do rio, mantendo assim uma dependência com o mesmo para suas necessidades básicas de locomoção, alimentação, trabalho e assistência à saúde. Porém, não apenas o acesso, mas diversos aspectos do SUS se configuram de maneira peculiar na Amazônia em relação à configuração que tomam em outras partes do Brasil (Cohen-Carneiro et al., 2009).

Neste sentido, ainda que com o desenvolvimento do SUS, Programa Saúde da Família e dos avanços inegáveis na produção de serviços, no que tange às populações que vivem no campo e na floresta, ficou evidente a desigualdade quanto ao princípio da universalidade proposta, sendo o serviço de saúde excludente para grande parte dessa população, uma vez que as barreiras geográficas inviabilizavam o atendimento a esse princípio, sendo considerada uma barreira à democratização da possibilidade de utilização dos serviços de saúde (Brasil, 2008a).

Cohen-Carneiro et al. (2009) apontam que mesmo após os avanços do sistema público de saúde brasileiro, o acesso à saúde por essas populações se dá de forma irregular, seja com o deslocamento das pessoas até a cidade mais próxima para atendimento em postos de saúde ou por meio do atendimento por equipes de saúde em barcos das forças armadas, das Secretarias de Saúde ou de Organizações Não Governamentais (ONGs), que prestam atendimento médico e odontológico esporádicos, impossibilitando a continuidade dos tratamentos de saúde necessários a essa comunidade.

Nesse aspecto, fica evidente que na PNAB (Brasil, 2006) era preconizado que o usuário mantivesse o contato preferencial com a AB, sendo a principal porta de entrada e coordenadora do cuidado na rede de serviços. De modo a ser fundamental a orientação pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, responsabilização, humanização, equidade e da participação social. Porém a configuração das equipes de saúde da família propostas neste documento não contemplava a assistência à saúde da população ribeirinha (Brasil, 2006).

Sendo assim, para atender a necessidade de expansão do acesso à AB, preconizado pela PNAB (Brasil, 2006), e estabelecer uma estratégia inter-federativa em prol da redução da mortalidade infantil com prioridade para a Amazônia Legal, estabelecida pelo Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Infantil, em agosto de 2010, o Departamento da Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do MS, publicou a Portaria nº 2.191, instituindo critérios diferenciados para uma nova modalidade de equipe que atendesse as necessidades de saúde diferenciadas das populações ribeirinhas na Região da Amazônia Legal e do Pantanal Sul Mato-Grossense (Brasil, 2010).

Respalado pelos fatos acima, em prol de regulamentar as ações propostas inseriu-se esses aspectos na alteração da PNAB (Brasil, 2011), sendo então revogada a Portaria nº 2.191/2010 pela Portaria GM/MS nº 2.488 de 2011 que aprova a então Política Nacional da Atenção Básica adicionando as novas características da equipe de saúde da estratégia saúde da família que desenvolveram suas atividades com a população em questão, sendo atualizado o conceito da estratégia, que passa a serem equipes que desempenham a maior parte de suas funções em UBS construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por meio fluvial, regulamentado.

A PNAB (Brasil, 2011) refere que a partir do reconhecimento das especificidades locais os municípios que estão dentro da área de abrangência da Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul poderão escolher um dos dois novos tipos de arranjos organizacionais para equipes de Saúde da Família, além dos até então existentes dentro do sistema de saúde nas demais localidades do país. Os dois arranjos citados estão compostos da seguinte maneira (Brasil, 2011):

1º Arranjo: Equipes de Saúde da família Ribeirinhas (eSFR)

Segundo a PNAB (Brasil, 2011), as configurações dessas equipes se propõem a desenvolver de forma majoritárias suas atividades em Unidades Básicas de Saúde construídas nas comunidades que fazem parte da área adstrita, sendo que a acessibilidade a essa estrutura se dá por meio fluvial, havendo a necessidade de embarcações para atender a demanda de deslocamento dessa população até a UBS as quais as equipes deveriam ser vinculadas e que poderiam estar localizadas na sede do Município ou em qualquer comunidade ribeirinha da área adscrita.

Observa-se essa configuração em diversos municípios brasileiros, como é o caso da eSFR que se situa na região de Várzea em Santarém no Estado do Pará, responsável por atender a comunidade ribeirinha da Costa da Aritapera. Aquela equipe desenvolve suas atividades na própria Unidade Básica de Saúde, atendendo entorno de 215 cidadãos que fazem parte de 42 famílias ribeirinhas, além desses, atende ainda outras cinco comunidades adjacentes: Mato Alto, Água Preta, Ilha de São Miguel, Barreira e Correio do Tapará (Neu et al., 2016).

Refere-se que a eSFR em questão obedece os preceitos postulados na PNAB (Brasil, 2011) uma vez que mantém o atendimento à população por pelo menos 14 dias mensais, sendo que a carga horária dos profissionais equivale a 8 horas por dia e se tem dois dias para desenvolvimento de atividades ligadas a educação permanente, organização e planejamento de ações, fazendo cumprir a regra da jornada de 40 horas semanais de trabalho para os agentes comunitário de saúde em que os mesmos residem na área de atuação; far-se-á saber que essas mesmas condições são exigidas para os auxiliares, técnicos em enfermagem e saúde bucal (Brasil, 2011).

2º Arranjo: Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF)

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2012), a particularidade dessa modalidade está ligada ao ambiente de trabalho dos profissionais que desempenham suas funções nos locais em que não se tem condições de instalação de uma UBS com estrutura física conforme as convencionais, sendo assim, se tem a opção da Unidade Básica de saúde Fluvial (UBSF), na qual se observa a possibilidade de atendimento médico, odontológico, vacinação, realização de exames laboratoriais e de enfermagem, sendo possíveis outros atendimentos a depender da necessidade local (Brasil, 2012).

Dentro das duas modalidades, ambas as equipes de saúde, seja a de Família Ribeirinha ou a Fluvial deverão manter em sua composição de forma integral nos momentos em que estiver proposto o atendimento a população, um Médico Generalista ou Especialista em Saúde da Família, ou Médico de Família e Comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um técnico ou auxiliar de enfermagem e entre 6 a 12 agentes comunitários de saúde. As equipes de Saúde da Família Ribeirinhas, quando em regiões endêmicas, devem contar com um microscopista. Já as equipes Fluviais deveram ter acrescido o profissional técnico de laboratório e/ou bioquímico; podendo acrescer os profissionais de saúde bucal [um cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, e um técnico ou auxiliar em saúde bucal (Brasil, 2011)].

A tipologia de UBSF supracitada mantém algumas características peculiares para o desempenho satisfatório de suas funções, sendo que a mesma deve funcionar ao menos 20 dias por mês com, pelo menos, uma Equipe de Saúde da Família Fluvial, podendo atuar mais de uma eSFF compartilhando o atendimento da população visando dividir e reduzir o tempo de navegação de cada equipe, salienta-se a importância de existir um circuito de deslocamento que delongue no máximo 60 dias para que assegurar a todas as comunidades da área adscrita a execução de ações básicas, como por exemplo a continuidade do pré-natal, puericultura e cuidados contínuos a portadores de condições crônicas (Brasil, 2011).

Quanto a infraestrutura mínima das Unidades Básicas de Saúde Fluvial ficou estabelecido que devem-se contar com consultório de enfermagem, médico e odontológico, local para armazenamento e dispensação de medicamentos, laboratório, banheiros, sala de vacina, expurgo, cabines com leitos que

comporte toda equipe, cozinha e sala de procedimentos, podendo haver outros ambientes de acordo com a especificidade da área de abrangência, sendo que estas unidades devem estar devidamente equipadas para o seu pleno funcionamento (Brasil, 2011).

Conforme o exposto acima se observa que esta política veio com o intuito de melhorar as condições de saúde dessa população, uma vez que fica evidente o fato de que os baixos investimentos públicos na saúde ocasiona pouca informação na população supracitada, seus habitantes ficam à mercê de doenças que poderiam ser prevenidas, como a cárie dentária, malária e o alto índice de mortalidade infantil, e na ausência de equipes de saúde, por vezes essas populações cultivam práticas de automedicação e consulta a curandeiros locais, que podem se tornar um agravante à situação de saúde. Fato esse que gera vulnerabilidade social e se torna um desafio na promoção e manutenção da saúde dos indivíduos que não contam com a estrutura, materiais ou profissionais necessários para que ocorra um cuidado completo e abrangente (Franco et al., 2015).

As equipes de saúde em questão por meio das eSFR ou móveis (como as eSFF) atingem a população em seu território e uma vez imersa em seu contexto sociocultural, econômico e político tem condições de proporcionar as intervenções necessárias para a mudança da realidade da população submetida ao referido isolamento geográfico e inexistência de diversos serviços públicos. O acompanhamento em saúde ofertado *in loco* proporciona a esses atores sociais uma porta de entrada facilitada na rede de atendimentos do sistema de saúde e aos profissionais uma maneira de intervenção naquele espaço de modo a construir junto com a população as mudanças necessárias para a melhoria de saúde (Kafer, 2016).

Entendendo a importância dos investimentos em saúde nessa região, a criação de novos modelos das equipes de saúde voltadas para a realidade da comunidade em questão possibilitou a reestruturação da Atenção Básica ampliando a abrangência dos serviços, estruturação de instalações físicas e alocação de profissionais promovendo aumento da qualidade de vida e indicadores de serviços da população, atendendo o princípio da universalidade. Fato esse que ficou evidenciado pelo decréscimo de internações por condição sensível à Atenção Básica, redução na incidência de sífilis em menores de um ano, diminuição na taxa de mortalidade infantil com aumento na proporção de crianças e gestantes imunizadas, demonstrando a validade da inserção das novas equipes propostas na PNAB de 2011 (Kafer, 2016).

REGULAMENTAÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA DENTRO NA PNAB

A discussão com maior visibilidade no país com foco em saúde na escola nasce na década de 1950, uma vez que, nesse período, o ambiente escolar começa a ser reconhecido como espaço ideal para iniciativas e abordagens em saúde, porém, a partir de uma perspectiva sanitária. Nessa época, os problemas envolvendo a aprendizagem na escola estavam sendo discutidos pela ótica biológica, sendo considerada a

causa dos problemas de aprendizagem e do fracasso escolar. Nas décadas subsequentes ganharam destaque as discussões em torno da desnutrição e dos programas de merenda escolar, dos distúrbios neurológicos e das triagens neurológicas, auditivas e visuais, enquanto ações de Saúde Escolar (Lima, 1985).

Conseqüentemente, ao final do século XX, o sistema educacional estava sobrecarregado de diversas intervenções sem articulações voltadas a solucionar problemas específicos, sem haver estratégias transparentes articulando as diversas instâncias governamentais em prol de obter êxito no objetivo comum que seria a melhoria no desenvolvimento educacional dos estudantes, nesse período a desarticulação entre a saúde e educação estava notória, de modo que o modelo de saúde vigente favoreceu o processo de medicalização da educação, visto que os problemas de aprendizagem foram atribuídos a questões relacionadas à saúde (Harada et al., 2003).

Segundo Figueiredo et al. (2010) foi a partir dessa perspectiva que os programas e políticas começaram a ganhar espaços, buscando a universalização dos sistemas de ensino com o objetivo de prestar assistência e abordar a saúde na escola, evidenciando o potencial para ações de promoção da saúde na escola. O autor acima refere que no Brasil, a concepção de saúde escolar foi inicialmente inserida na legislação educacional sob a ótica de “Programas de Saúde”, justamente por partir da lógica higienista, biologicista, biomédica e assistencialista. No entanto, ainda no século XX, logrou avanços na saúde escolar ao lado da evolução técnico-científica, alterando o discurso da lógica biomédica para a concepção da Escola Promotora de Saúde (EPS), porém não foi instituída a Política de Saúde na Escola com essa base.

Ressalta que a EPS é definida como uma estratégia para promover saúde dentro da escola visando transcender esse espaço, mantendo uma visão integral e interdisciplinar do ser humano no qual considera fundamentais os fatores familiares, comunitários, ambientais, políticos e sociais na concepção de saúde. A mesma nasceu com a proposta de inserir a promoção da saúde dentro do espaço da escola, sendo uma iniciativa da OPAS que estimula atividades intersetoriais, ação interdisciplinar, interinstitucional e participação comunitária a partir da identificação das necessidades locais e linhas de enfrentamento priorizando práticas de promoção de saúde (Brasil, 2007).

Nesse mesmo sentido, é que se torna pública a Lei de Diretrizes e Bases 9.394/96 e a construção dos Parâmetros Curriculares Nacionais que demonstram a saúde como tema transversal das disciplinas e ações no contexto escolar, em que se valoriza a incorporação das três dimensões da saúde: promoção, assistência à saúde e prevenção de agravos e doenças. A partir de então a responsabilização de promover a saúde na escola deixou de ser competência exclusiva do setor saúde e inicia-se o processo de conscientização da comunidade para serem participantes ativos no processo de promoção da saúde, caracterizando o setor educação como aliado essencial na formação do indivíduo para ser agente multiplicador de educação em saúde (Brasil, 1996).

Logo em seguida, vislumbrando o espaço escolar como fundamental para multiplicar ações de saúde, instituiu-se o Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que cria o PSE. Diferentemente do proposto pelas escolas promotoras de saúde que tinham ações de promoção da saúde apoiada nos professores, o PSE busca promover a comunicação entre as escolas e as unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes (Brasil, 2007; Couto et al., 2016).

Imersa nessas alterações é que se houve a inserção desse decreto na PNAB (Brasil, 2011) uma vez que o PSE resulta da política intersetorial do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde. A regulamentação do PSE dentro da referida política visa o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde em ambiente escolar e das unidades básicas de saúde, sendo realizadas pelas equipes de saúde da AB e as de educação alicerçadas nos três pilares abaixo: (Brasil, 2007; 2011).

I - Avaliação clínica e psicossocial que objetivam identificar necessidades de saúde e garantir a atenção integral a elas na Rede de Atenção à Saúde;

II - Promoção e prevenção que articulem práticas de formação, educativas e de saúde, visando à promoção da alimentação saudável, à promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, à educação para a saúde sexual e reprodutiva, à prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, à promoção da cultura de paz e prevenção das violências, à promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável;

III - Educação permanente para qualificação da atuação dos profissionais da educação e da saúde e formação de jovens (Brasil, 2011).

Os pilares supracitados, em conjunto com a gestão do PSE em que no centro estão as ações compartilhadas e corresponsáveis, tendo como norte a articulação intersetorial das redes públicas de saúde, de educação e das demais redes sociais que se estabelece por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) – federal, estadual e municipal –, que são responsáveis pela gestão do incentivo financeiro e material, pelo apoio institucional às equipes de saúde e educação na implementação das ações, pelo planejamento, monitoramento e avaliação do programa é que se pode constatar o êxito da inserção do PSE na PNAB em 2011 (Brasil, 2011).

O PSE após a sua inserção na PNAB (Brasil, 2011) se demonstrou uma importante estratégia de articulação entre as equipes de saúde de atenção básica e os profissionais de educação no território da escola melhorando a sustentabilidade das ações, por meio da corresponsabilização sobre o território, reafirmando dessa maneira a sua função de manter ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio do envolvimento de profissionais, educandos e comunidade no planejamento e participação das ações, almejando a garantia de oportunidade aos educandos de escolhas mais saudáveis e de serem protagonistas do processo de manutenção de sua saúde (Malta et al., 2014).

Segundo Chiari et al. (2018), em sua pesquisa realizada com 31 gestores da rede intersetorial do PSE no Município de Belo Horizonte ficou explícito que apesar das dificuldades para o desenvolvimento do trabalho intersetorial houve benefícios consideráveis promovidos com os desdobramentos da inserção desse programa na PNAB (Brasil, 2011), em que dentre os resultados, 76,5% dos respondentes consideraram que o PSE tem promovido cidadania e a garantia de direitos humanos nos territórios de atuação.

As ações mais relevantes do PSE citadas nesse estudo foram: oficinas a respeito da alimentação saudável; ações de promoção da saúde e estímulo à vida saudável; ações de saúde bucal; avaliação anual de saúde dos estudantes; ações de saúde ocular; abordagem dos alunos com dificuldade e transtorno de aprendizagem; fortalecimento do vínculo dos alunos com as unidades de saúde; melhora da interlocução entre profissionais da saúde e da educação; presença de um monitor do PSE em cada escola e ampliação do PSE para a rede de Educação Infantil (Chiari et al., 2018).

Diante do exposto, cabe ressaltar a evolução no processo de educação em saúde no ambiente escolar, visto que nesse momento se tem a formação do caráter do cidadão, sendo que a propagação das condutas em saúde nessa faixa etária demonstrou ser essencial para melhorias nas condições de saúde dos indivíduos adultos, uma vez que, conforme demonstrado anteriormente, hábitos adquiridos na infância são responsáveis pelas condições de saúde por toda vida do indivíduo. Desse modo, a inserção do PSE na PNAB (Brasil, 2011) foi de fundamental importância para o desenvolvimento da saúde pública, tratando-se de uma nova concepção da política de saúde na escola, indo além dos modelos biomédicos e incorporando no seu contexto, aspectos determinantes da qualidade de vida (Gomes, 2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson MIP, Gusso G, Filho EDC (2005). Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. *Revista APS*, 8(1): 61-67.
- Andrade LMB, Melo L, Quandt FL, Campos DA, Delzियो CR, Salema Coelho EB, Moretti-Pires RO (2012). Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Saúde & Transformação Social*, 3(1): 18-31.
- Araújo ALA, Freitas O (2006). Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Revista Brasileira de Ciência Farmacêutica*. 42(1): 137-146.
- Biegelmeyer S, Lucchesi MC, Goulart BNG, Chiari BM (2009). Articulação comunitária e promoção da saúde - perspectivas para a atuação fonoaudiológica. *Distúrbios da Comunicação*, 21(3): 365-371.
- Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L (1993). Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff.*, 12(1): 162-173.

- Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM, Gagno J, Viana ALD (2017). Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad. Saúde Pública*, 33(8): e00037316.
- Brasil (1996). *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei nº 9394/96, 20/12/1996*. Brasília. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>. Acesso em 09 de setembro de 2018.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. -4. Ed.- Brasília: Ministério da Saúde, Série Pactos pela Saúde (4): 68p.
- Brasil (2007). Ministério da Saúde & OPAS. *Escolas Promotoras de Saúde: Experiências no Brasil*. Brasília: MS. 304p.
- Brasil (2008a). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família*. Secretaria de Atenção à Saúde. 2. ed.. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
- Brasil (2008b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria nº. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 25 de janeiro de 2008, Seção 1, Col. 2, p. 47.
- Brasil (2010). Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Consultórios de Rua do SUS: material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS*. Brasília, DF: EPSJV-Fiocruz. 48p.
- Brasil (2011). Ministério da Saúde. *Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- Brasil (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *PNAB: Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. (Série E, Legislação em Saúde).
- Cameron A, Roubos I, Ewen M, Mantel-Teeuwisse AK, Leufkens HGM, Laing RO (2011). Differences in the availability of medicines for chronic and acute conditions in the public and private sectors of developing countries. *Bull World Health Organ*. 89: 412-421.
- Campos GWS, Chakour M, Santos RC (1997). Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, 13(1): 141-144.
- Campos GWS, Domitti AC (2007). Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 12, 23(2): 399-440.

- Ceccim RB (2005). Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência e saúde coletiva*, 10(4): 975-986.
- Chiari APGR, Ferreira RC, Akerman M, Amaral JHL, Machado KM, Senna MIB (2018). Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. *Caderno de Saúde Pública*, 34(5): e00104217.
- Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Pontes DG, Salino AV, Rebelo MAB (2009). Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. *Caderno de Saúde Pública*, 25(8).
- Couto AN, Kleinpaul WV, Borfe L, Vargas SC, Pohl HH, Krug SBF (2016). O ambiente escolar e as ações de promoção da saúde. *Cinergis.*, 17(4 Supl.1): 378-383.
- Cunha GT, Campos GWS (2011). Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc.*, 12, 20(4): 961-970.
- Da Ros MA (2000). Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo de produção FSP – USP e ENSP – Fiocruz entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwick Fleck. *Tese* (Doutorado em Educação e Ciência) - CED, UFSC, Florianópolis.
- Faria IBR, Ventura JC, Silva DE, Moretti-Pires RO (2010). O processo de trabalho em saúde da família no contexto do interior da Amazônia. *Cogitare Enfermagem*, 15(2): 231-237.
- Fegadolli C, Simões MJS, Jorge IC, Tanaka KSS (1997). Antibioticoterapia em crianças na prática diária em Unidades de Saúde de Araraquara - SP. *Rev Ciênc Farm.*, 20(1): 124-142
- Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRGF (2018). The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Supl 1): 704-709.
- Figueiredo TAM, Machado VLT, Abreu MMS (2010). A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2): 397-402.
- Fonseca MF (2007). O isolamento geográfico como interferente em avaliações neurológicas de possíveis efeitos tóxicos do metilmercúrio. *Tese* (Doutorado em Ciências 64 Biológicas - Biofísica) – Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 262p.
- Franco EC, Santo CE, Arakawa AM, Xavier A, França ML, Oliveira AN (2015). Promoção da saúde da população ribeirinha da região amazônica: relato de experiência. *Rev. CEFAC*, 17(5): 1521-1530.
- Gomes LC (2012). O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro. *Dissertação* (Mestrado em Ciências). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.
- Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciacommet C, Seibel CE, Lahude FM (1994). Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da Região Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 28: 131-136.

- Harada J, Mattos PCA, Pedroso GC, Moreira AMM, Guerra AB, Silva CS, Neves MBP, Santos MLM (2003). Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde – I. *Sociedade Brasileira de Pediatria*. Departamento Científico de Saúde Escolar, 1.
- Heimann LS, Mendonça MH (2005). A Trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In Lima NT. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 57p.
- Homedes N, Ugalde A (2006). Improving access to pharmaceuticals in Brazil and Argentina. *Health Policy Plan*. 21(2): 123-131.
- Junior EPP, Aquino R, Medina MG, Silva MGC (2018). Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 34(2): e00133816.
- Kafer MC (2016). Avaliação dos efeitos da implantação do programa equipe de saúde da família ribeirinha na Amazônia legal. *Dissertação* (mestrado profissional em administração) – Universidade de Brasília. Brasília. 137p.
- Karnikowski MGO, Nóbrega OT, Naves JOS, Silver LD (2004). Access to essential drugs in 11 Brazilian cities: a community-based evaluation and action method. *J Public Health Policy*. 25(3-4): 288-298.
- Lima GZ (1985). *Saúde escolar e educação*. São Paulo: Editora Cortez.
- Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS (2014). Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação* (Botucatu), 18(49).
- Ludke L, Cutolo LR (2010). A Formação de docentes para o SUS - um desafio sanitário e pedagógico. *Saúde & Transformação Social*. Florianópolis, 1(1): 88-98.
- Magnago C, Pierantoni CR (2014). A percepção de gestores dos municípios de Duque de Caxias e Rio de Janeiro quanto à rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. *Revista Cereus*, 6(1): 3-18.
- Malaquias SG, Bachion MM, Sant'Ana SMSC, Dallarmi CCB, Lino Junior RS, Ferreira OS (2012). Pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial de enfermagem: estudo das variáveis clínicas e sociodemográficas. *Rev Esc Enferm Usp.*, 46(2): 302-310.
- Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Lima CM, Cavalcante T, Jaime PC, Silva Júnior JB (2014). A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(11): 4301-4312.
- Martins MA, Tipple AFV, Reis C, Santiago SB, Bachion MM (2010). Úlcera crônica de perna de pacientes em tratamento ambulatorial: análise microbiológica e de suscetibilidade antimicrobiana. *Cienc Cuid Saude.*, 9(3): 464-470.

- Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G (2010). A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(supl. 1): 1521-1531.
- Mendes A, Marques R (2014). O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, 38(103): 900-916.
- Merhy EE (2012). Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: *Conselho Federal de Psicologia*. Grupo de Trabalho de Álcool e outras Drogas. *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF: CFP. 9-18.
- Moura BLA (2010). Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife, 10 (Supl. 1): S69-S81.
- Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Junior AA, Gomes IC, Costa EA, Leite SN (2017). Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*. 51 Supl 2: 10s.
- Neri MC (2008). *Escassez de médicos*. Brasília, DF: Instituto Brasileiro de Economia, Fundação Getúlio Vargas.
- Neu V, Santos MAS, Meyer LFF (2016). Banheiro ecológico ribeirinho: saneamento descentralizado para comunidades de várzea na Amazônia. *Em Extensão*, 15(1): 28-44.
- Ney MS, Rodrigues PHA (2012). Fatores críticos para fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*, 22(4): 1293-1311.
- Oliviera LCF, Assis MMA, Barboni AR (2010). Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da política nacional de medicamentos à atenção básica à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(supl 3): 3561–3567.
- Oliviera MGPN (2009). Consultório de rua: relato de uma experiência. *Dissertação* (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador. 151p.
- Paim JS, Teixeira CF (2007). Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(supl.): 1.819-1.829.
- Parchman L, Culler S (1994). Médicos de atenção primária e hospitalizações evitáveis. *Journal of Family Practice*, 39(2): 123–129.
- Pierantoni CR, Vianna CMM, França T, Magnago C, Rodrigues MPS (2015). Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Revista Saúde Debate*, 39(106): 637-647.
- Rodrigues JAC, Pereira MF, Sabino MMFL (2013). Proposta para adoção de estratégias para diminuir a rotatividade de profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Santo Amaro da Imperatriz. In: Pereira MF, Costa AM, Moritz GO (2013). *Contribuições para a gestão do SUS. Coleção Gestão da Saúde Pública*, 2: 65-81.

- Sundfeld AC (2010). Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis*, 20(4): 1079-1097.
- Varanda W, Adorno RCF (2004). Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde Soc.*, 13(1): 56-69.
- Verdi MI, Da Ros MA, Cutolo LRA, Sousa TT (2018). *Saúde e Sociedade* [recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina. 3. ed. — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 97p.

Mudanças ocorridas na PNAB em 2017 e suas implicações na consolidação da atenção básica

INTRODUÇÃO

Em um panorama foi apresentado nos capítulos anteriores o processo de concepção do modelo de atenção à saúde primária vigente no Brasil, de modo que a Atenção Primária à Saúde, conhecida aqui como Atenção Básica, passou a ocupar lugar de destaque na agenda do governo federal após a criação em 1991 do PACS e, posteriormente, em 1994 do PSF, que logo mais adiante foi denominado de ESF, em que o modelo de atenção está voltado para a proteção e promoção da saúde, por meio da atenção integral com enfoque na família.

Salienta-se que a estratégia em questão está referenciada como primeiro contato para o cuidado, sendo porta de entrada para os usuários do SUS e o primeiro nível de atenção da rede hierarquizada, organizada em complexidade crescente. Tendo como norte o atendimento comunitário, em detrimento ao individual e unicausal, visando o desenvolvimento de ações que promovam o cuidado integral, solucionando, assim, a maior parte das necessidades de saúde da população. Para isso, precisa ser articulada e direcionada por políticas amplas (Oliviera; Pereira, 2013).

Devido aos resultados positivos desse modelo de atenção empregado nas décadas de 1990 e 2000, marcando uma proposta nacional de APS inovadora no Brasil e parte de uma estratégia governamental para reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS, surgem distintas iniciativas para o fortalecimento da AB. De modo que, com intuito de deliberar prioridades e otimizar os gastos públicos deu-se origem a PNAB em 2006, o que foi um ganho imensurável para a população em relação à assistência à saúde. Havendo no ano de 2011 a primeira revisão dessa política que manteve a essência da publicação de 2006 e inseriu importantes inovações voltadas à ampliação do acesso, cobertura e resolubilidade, conforme foi evidenciado no capítulo anterior (Almeida, 2016).

Observou-se que o arcabouço legal de documentos específicos citados anteriormente, foram essenciais para a regulamentação das Políticas Nacionais de Atenção Básica de 2006 e 2011, em que houve o processo de fortalecimento da Atenção Básica, permitindo inflexões importantes, principalmente no modelo de atenção e na gestão do trabalho em saúde nos municípios. Tal fato ocorreu de modo articulado à introdução dos mecanismos de financiamento que desempenharam papel indutor na sua adoção como eixo estruturante da organização das ações e serviços de saúde (Giovannella; Mendonça, 2008).

Porém, em setembro de 2017, foi publicada a segunda revisão da PNAB, que suscitou a crítica de organizações historicamente vinculadas em defesa do SUS, a saber, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e a Escola Nacional de Saúde Pública. Em documento elaborado pelas três instituições, fez-se menção à revogação da prioridade destinada à Estratégia Saúde da Família na organização do SUS e alerta para a provável perda de recursos para outras configurações da Atenção Básica, devido ao contexto de retração do financiamento da saúde vivenciado. Demonstraram preocupação com retrocessos em relação à construção de uma APS integral, que vinha direcionando o modelo de AB baseado na ESF (Abrasco et al., 2018).

Vislumbrando o cenário atual da saúde pública no Brasil, neste capítulo os apontamentos se direcionam para as principais alterações ocorridas na PNAB 2017, que podem ser evidenciadas no quadro comparativo entre os postulados em 2011 e 2017 a seguir:

Tabela 3. Comparativo entre PNAB 2011 e PNAB 2017 segundo os eixos temáticos. Fonte: Almeida et al. (2018).

Eixos temáticos	PNAB 2011	PNAB 2017
Financiamento de modelos de organização da atenção básica.	Apenas o modelo da ESF era financiado com recursos federais.	Mantém o financiamento das equipes de saúde de família como prioritário e passa a financiar, com valor inferior, as equipes de atenção básica (eAB).
ACS/ACE	<ul style="list-style-type: none"> - ACS obrigatório na ESF (1 para cada 750 pessoas; máximo de 12 por equipe); - Definição de oito atribuições para ACS; - Coordenação do trabalho do ACS apenas pelo enfermeiro; - ACE não compunha equipe de saúde da família/eAB. 	<ul style="list-style-type: none"> - ACS obrigatório na ESF, em número a depender da necessidade e perfil epidemiológico local. Em áreas de vulnerabilidade, um ACS para máximo de 750 pessoas, cobrindo 100% da população, sem número máximo por equipe; facultativo na eAB; - Incorpora as atribuições do ACE e acrescenta 11 atribuições comuns entre ACS e ACE; - Atualiza e amplia para 12 as atribuições dos ACS; - Coordenação do trabalho do ACS passa a ser responsabilidade de toda a equipe (nível superior).
Integração entre atenção básica e vigilância em saúde.	Não mencionava.	Introduzida tanto no campo da gestão e organização de serviços quanto na produção do cuidado, como responsabilidade dos entes e de todos os profissionais.
Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica	Denominados Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), podendo atuar	Denominação alterada para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), passando a

	junto à ESF, incluindo equipes ribeirinhas, fluviais e Consultório na Rua.	apoiar, além das equipes de saúde da família, as eAB.
Gerente de atenção básica	Não mencionava.	- Reconhece a figura do gerente de UBS, recomendando sua inserção como novo membro da equipe, com previsão de apoio financeiro federal. - Gerente deve ter nível superior, preferencialmente da área da saúde.
Composição das equipes	- Equipe de saúde da família: médico, enfermeiro, técnico /auxiliar de enfermagem e ACS. - Complementarmente, equipe de saúde bucal e NASF; - Sem definições para eAB.	- ACE pode ser incluído na equipe de saúde da família; - eAB deve seguir parâmetros da equipe de saúde da família, sendo facultado compor com ACS e ACE.
Oferta nacional de serviços e ações essenciais e ampliados da AB	- Não possuía.	- Incorporada na busca de garantir a oferta de serviços essenciais no âmbito da AB a toda a população e a ampliação da resolubilidade da AB.
Territorialização/vínculo	Usuário só podia se vincular a uma UBS.	- É facultado ao gestor possibilitar que o usuário se vincule a mais de uma UBS.
Segurança do paciente	Não mencionava.	- Incorporada como atribuição de todos os membros da equipe.
Regulação	Abordado de forma superficial e pouco clara.	- Atribui aos profissionais a função de contribuir nos processos de regulação do acesso a partir da AB; - Aponta o Telessaúde Brasil Redes e Protocolos como ferramentas de apoio à regulação.
Pontos de apoio	Não mencionava.	- Reconhecidos como estrutura da AB para atendimento a populações dispersas, respeitando normas gerais de segurança sanitária.
Carga horária semanal das equipes	- Equipes de saúde da família = 40h; - Cinco tipos de equipe de saúde da família com	- Equipes de saúde da família: 40h para todos os membros da equipe. - eAB: 40h por categoria profissional (máximo de três profissionais e mínimo de 10h por categoria).

	diferentes composições de carga horária médica.	
Cobertura populacional por equipe	- 3.000 a 4.000 pessoas por equipe.	- 2.000 a 3.500 pessoas, com parâmetros baseados nos riscos e vulnerabilidades do território.
Educação permanente e formação em saúde	- Distribuídas ao longo do texto, porém não versava sobre formação em saúde e estrutura física para essas ações.	- Incorporadas ao processo de trabalho das equipes, com estrutura física e ambiência adequada para tal; - Incorpora o ensino na saúde, destacando o papel da AB como locus de formação, pesquisa e extensão.
Prazo para implantação de equipes	Não mencionava.	- Define 4 meses para implantação de equipes credenciadas em portaria.
<p>AB = Atenção básica; ACE = agente de combate a endemias; ACS = agente comunitário de saúde; eAB = equipe de atenção básica; ESF = Estratégia Saúde da Família; NASF = Núcleo de Apoio à Saúde da Família; NASF-AB = Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica; PNAB = Política Nacional de Atenção Básica; UBS = Unidade Básica de Saúde.</p>		

Dentre as principais mudanças expostas, destaca-se o reconhecimento do incentivo financeiro para outras modalidades de equipes diferentes das equipes de saúde da família, sendo denominadas de Equipes de Atenção Básica (eAB). Em que, a redação da nova PNAB afirma manter a ESF como prioridade para a consolidação e expansão da atenção básica, definindo valores inferiores para o financiamento dessas eAB. Apesar de o texto trazer a ESF como prioritária, estudiosos sinalizaram a preocupação de que esta medida possa suscitar retrocessos no modelo organizacional da AB e, ainda, possível perda de recursos para outras configurações devido ao contexto de retração do financiamento da saúde (Morosini et al., 2018).

Dessa maneira, para compreendermos essa alteração, retomamos o exposto no capítulo I, em que se tem no ano de 1996 o marco histórico no avanço relacionado à forma de financiamento da APS com a NOB-96 que culminou na criação do PAB. Destaca-se como objetivo central desse modelo de financiamento, a indução do melhoramento da homogeneidade das ofertas de serviços básicos em escala nacional. De modo que, a implantação das transferências regular e automática de recursos federais aos municípios rompeu com o modo de consumo de serviços de saúde por faturamento, característica central do sistema de transferências anterior (Goulart, 2002).

Sob a edição da Norma Operacional supracitada, em que se alterou a lógica de transferência de recursos do governo federal para a atenção básica ao instituírem o PAB, com uma parte fixa e outra variável, fica evidente a ênfase do governo federal na reorganização do modelo de atenção à saúde a partir da atenção básica. O componente fixo do PAB se baseia no valor *per capita* nacional, que é repassado pela União aos Municípios para custear ações básicas de saúde. Sendo a parte variável responsável por

incentivos específicos relacionados à implantação de programas pontuais recomendados pelo Ministério de Saúde. Valores esses que são transferidos na modalidade fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde para Fundo Municipal de Saúde, por meio de transferências intergovernamentais diretas (Mendes; Marques, 2014).

Nesta perspectiva, Marques e Mendes (2003) relata que a trajetória dos incentivos federais foi fortalecida na década de 1990. Porém, aumentou-se a quantidade de itens que compunham esse financiamento, em que eram denominados de “carimbados” (o uso do recurso estava vinculado a uma norma, não admitindo discricionariedade em relação à finalidade) pela União na esfera da Média e Alta complexidade, principalmente em ações estratégicas e nos componentes do PAB Variável. O grande entrave demonstrado pelo referido autor, é evidenciado por meio da vinculação de recursos a programas específicos, ocasião em que o município teria acesso ao recurso somente se houvesse a implantação daqueles programas, o que diversas vezes não correspondia às necessidades locais e regionais, comprometendo assim parte dos recursos disponíveis.

Almeida et al. (2011) concordam com o autor supracitado e afirmam que o município se responsabilizava pelo financiamento de políticas definidas pelo governo federal, que, muitas vezes, não consideram a grande heterogeneidades presentes nos municípios brasileiros, sendo pouco flexíveis, de modo insuficiente para se adequarem às condições pontuais de cada um deles. Todavia, foi evidenciado por Viana et al. (2002) que o impacto do binômio PAB fixo/variável representou a descentralização dos recursos e homogeneização dos mesmos na esfera federal, impulsionando a reorganização da atenção básica.

Ressalva-se que os entraves supracitados foram superados em 2006, com a implantação do Pacto pela Saúde, e a criação da PNAB, em que houve a regulamentação do financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de Blocos de Financiamento, constituídos por componentes, conforme as especificidades. Foram criados os seguintes blocos: I - Atenção Básica; II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III - Vigilância em Saúde; IV - Assistência Farmacêutica; V - Gestão do SUS e VI - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, este último, incluído pela Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009, do MS. Neste modelo, os recursos referentes a cada bloco de financiamento deveriam ser aplicados nas ações e nos serviços de saúde relacionados ao próprio bloco (Brasil, 2006).

Mesmo dentro dos padrões de repasses pelo governo federal aos municípios na modalidade dos seis blocos de financiamento, foi elucidado por Vasconcellos (2013) em estudo junto aos gestores municipais do Estado da Bahia, os quais remeteram que os repasses federais representam uma fração importante para o financiamento da AB, porém, verificou-se que aqueles valores são insuficientes para sustentar a ESF. Mesmo com esse cenário, em 2017 houve alteração do método de financiamento da AB,

justamente em um momento de retração financeira imposta pela Emenda Constitucional 95/2016 (EC 95/16) que traz a limitação dos gastos federais com saúde pelos próximos 20 anos. Segundo Mendes (2016) essa é uma medida de contenção que se projeta para a desestruturação do SUS e para a garantia de maior nível de privatização do setor saúde.

A nova forma de financiamento proposta pelo MS foi criada pela Portaria nº 3.392/2017 alterando as modalidades de transferência de recursos federais do SUS, até então efetuadas nos moldes dos seis blocos de financiamento, para apenas duas formas de repasse: I – Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; II- Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. Funcia (2018) explica que existirão apenas 02 contas para o recebimento da receita proveniente do governo federal, sendo uma de investimento e outra de custeio. Neste modelo, todos os recursos de custeio para AB, Hospital, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), SAMU, CAPS serão disponibilizados em uma única conta.

Segundo Barros (2018), a unificação das contas para recebimento do financiamento proveniente do MS tornará complexa a fiscalização pelos órgãos de controle, tais como as Auditorias Externas, Internas e por parte dos Tribunais de Contas e de controle social. O autor sustenta essa ideia baseado no fato da junção referida permitir aos gestores o uso do recurso da conta única para o pagamento de fornecedores diferentes, mesmo que os materiais adquiridos sejam exclusivos para um determinado serviço. Anteriormente o gestor não poderia utilizar o recurso da Vigilância para amortizar notas referentes à manutenção do Hospital. Com o novo método essa ação será possível, de modo que se tornará inexecutável para os referidos órgãos de controle a conferência desse tipo de procedimento.

O autor supracitado explica que, conforme o recebimento por meio dos seis blocos de financiamento, ao visualizar o extrato das contas era possível verificar, por exemplo, que foi debitada a quantia de R\$ 10.000,00 da conta da atenção básica para o pagamento proveniente da aquisição de material da AB. E com a junção das contas, obter-se-á apenas um extrato bancário da conta única do custeio referindo, por exemplo, que foram gastos os R\$ 10.000,00 com material de expediente, desse modo, apenas será possível a monitorização por parte dos órgãos de controle, se estes vistoriarem a chegada daquele valor em material de consumo na própria UBS (Barros, 2018).

Diante disso, o autor alerta para a possibilidade de inviabilidade da fiscalização no processo de gastos com a AB, uma vez que, no modelo anterior, por meio da movimentação financeira havia a possibilidade de conhecer os tipos de despesas que estavam sendo realizadas com o recurso de cada um dos blocos de financiamento, e no novo modelo, estima-se que não seja possível o controle fidedigno dessa movimentação. Há apontamentos por parte de Barros (2018) para que se estabeleça uma legislação para controle fiscalizatório dos incentivos financeiros repassados aos municípios a fim de garantir que os recursos sejam destinados com respeito aos blocos específicos.

Ocké-Reis (2017) aponta ideias convergentes com os postulados anteriormente, trazendo a reflexão de que essas medidas incidem sobre uma relação fragilizada entre o SUS e a sociedade brasileira, e tendem ao fortalecimento ideológico do setor privado como alternativa de qualidade para o atendimento das necessidades de saúde. Conforma-se, assim, um ambiente propício para favorecer a contínua desconstrução do SUS, cujo financiamento jamais fora suficiente e estável, ao passo que as empresas privadas operadoras de planos de saúde foram a todo tempo, objeto de fortalecimento, por meio da destinação de incentivos financeiros contínuos.

FLEXIBILIDADE E RELATIVIZAÇÃO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA

Vislumbrando as angústias relacionadas às alterações ocorridas, em continuidade a esse processo, coloca-se em evidências dois fatores importantes, em primeiro tem-se a relativização para os gestores na composição dos profissionais que desenvolveram suas atividades na UBS; o segundo se mostra em meio a flexibilização da carga horária dos profissionais e o reconhecimento da Equipe de Atenção Básica (eAB).

Em relação ao primeiro fator, evidencia que os Agentes Comunitários de Saúde permanecem com caráter obrigatório na eSF, porém, na PNAB 2011, cada ACS atenderia 750 pessoas, sendo no máximo 12 trabalhadores por equipe. Com a nova Política o número de ACS depende da necessidade e perfil epidemiológico local, sem haver número máximo por equipe, mantendo-se as características anteriores apenas para áreas de vulnerabilidade, em que a PNAB 2017 refere que o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente (Brasil, 2017).

Conforme aponta Morosini et al. (2018) na nova política, da forma como está descrita, o gestor local poderá compor equipes com apenas um ACS. O autor traz a reflexão de que no momento em que há flexibilização da cobertura associada à indefinição de um quantitativo de ACS, aumenta-se os riscos por doenças preveníveis e o risco da inviabilização do acesso à saúde de parte da comunidade. Reluz a importância do ACS, sendo que suas atribuições contribuem para a promoção da saúde, funcionando como elo entre a população e os serviços da AB, facilitando o acesso e proporcionando estabilidade contínua entre os envolvidos.

Nesse sentido tem-se ainda a projeção da instabilidade nos serviços da AB, devido ao fato de que diversos problemas envolvendo saúde são resolutivos com base na escuta e percepção, que por vezes, não são identificadas por parte dos demais profissionais da ESF, e são observados durante a prática profissional do ACS, uma vez que estes ao realizar o cadastramento da família têm condições de realizar o levantamento dos principais problemas de saúde naquele momento, contribuindo para que os serviços de saúde possam oferecer uma atenção mais voltada para as demandas, respeitando os problemas de cada comunidade (Costa et al., 2013).

Ainda sob a perspectiva dos ACS, foi observado nas análises realizadas nesse estudo, a definição de oito atribuições desses profissionais em 2011, fato que se altera com a PNAB 2017. De modo que se reorganiza o espaço da UBS recepcionando a vigilância em saúde, por meio dos Agentes de Combate a Endemias (ACE) que estarão dentre os profissionais das equipes que atuam nesses espaços, porém há o aumento para doze atribuições dos profissionais ACS, sendo incorporadas 11 atribuições comuns para ACS e ACE.

Inflexões importantes nesse sentido são apontadas por Morosini et al. (2018) referindo que este modelo se trata do condicionamento do ACS e ACE em profissional único, interligado à lógica de redução de profissionais e minimização das equipes, sob argumentos de integração conforme está postulado. Porém, o mesmo autor menciona que a proposição central das medidas seria a diminuição de custos por meio da redução de postos de trabalhos com intensificação da mão de obra dos ACS e ACE que lograrem êxito na permanência das equipes. Tal posicionamento da alteração desconsidera que para se integrar áreas técnicas deva-se haver a identificação com desenvolvimento de estratégias na interface do trabalho, promovendo espaços e ações integradoras para o alcance de objetivos semelhantes.

Em consonância com o pensamento supracitado, a reflexão se dá na dimensão dos recentes avanços envolvendo esses trabalhadores; cita-se a Medida Provisória 827/2018, que altera a Lei nº 11.350, de 2006, promovendo reajuste do piso salarial da categoria supracitada com projeção de aumento até o ano de 2021 chegando a R\$1.550 reais. Diante disso, Morosini et al. (2018) refere que o novo arranjo, com ausência desses profissionais, promove menor impacto financeiro para os gestores locais, o que se torna atraente, pois, projetado sob o contexto de redução de recursos vivenciados na ótica do “congelamento” dos gastos públicos com saúde pelos próximos 20 anos, em que se projeta o agravamento da situação de investimentos nesse setor, nesse cenário, a eAB se torna uma opção, de modo a conter gastos, porém, coloca-se a população em maiores riscos.

Em continuidade, frente às alterações considerando o segundo fator, o texto de 2017, altera ainda, a cobertura populacional em relação à equipe e população, considerando a população adscrita recomendada mínima de 2 mil e máxima de 3,5 mil pessoas por equipe, criando novos arranjos de equipes para a atenção básica, conforme Brasil (2017) a seguir:

O novo texto cria a Equipe da Atenção Básica (eAB): esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB. A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica de acordo com características e necessidades do município. Como o modelo prioritário é a ESF, as equipes de Atenção Básica podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário (Brasil, 2017).

Nesse sentido, estudiosos e defensores da saúde pública como Almeida et al. (2018) demonstra preocupação com a criação desse novo arranjo, uma vez que este tem composição reduzida de profissionais, em que as equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da

especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem (Brasil, 2017).

De modo que os outros profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família como odontólogos, auxiliares de saúde bucal e/ou técnicos em saúde bucal, ACS e ACE serão facultativos nesse novo arranjo. Destaca-se a preocupação com a alteração da carga horária de trabalho dos profissionais envolvidos, uma vez que para a equipe de Saúde da Família a nova PNAB torna obrigatória a carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais membros da eSF, podendo cada profissional se vincular a apenas uma eSF. Já na eAB é obrigatório cumprimento de carga horária mínima de 10 horas por categoria profissional e o máximo de 3 profissionais por categoria, totalizando o mínimo de 40 horas semanais (Brasil, 2017).

Verifica-se uma dicotomia no texto da PNAB 2017 em relação a essas alterações, em que logo acima há referência de que a ESF é prioritária, todavia, cria-se o modelo da eAB supracitado, inclusive com financiamento federal, reduzindo o número de profissionais, alterando sua composição e carga horária de trabalho, em que o ACS não faz parte da composição mínima nesse modelo (Brasil, 2017).

No tocante à carga horária, tem-se um aspecto inovador, que remete às discussões do capítulo anterior, no qual houve críticas a flexibilização da carga horária dos profissionais médicos, em que os mesmos, na PNAB 2011 eram os únicos sem obrigatoriedade de cumprimento das 40 horas semanais na eSF, com atualização de 2017, todos os profissionais devem cumprir essa carga horária, fato positivo para a ESF, que favorece o vínculo entre o profissional e a comunidade, favorecendo a continuidade do cuidado (Brasil, 2011; 2017).

No entanto, conforme elucidado, além da diminuição de categorias profissionais, houve a flexibilização da carga horária nas equipes de AB. Sabendo que a redução da carga horária médica na ESF em 2011 se deu no âmbito da resolubilidade da baixa fixação desse profissional nas equipes, e vislumbrando que tal fato ainda persiste, projeta-se mais uma vez a justificativa dos gestores locais por optarem pela instituição das equipes de atenção básica em detrimento das equipes de saúde da família, consideradas pela própria política como o modelo ideal. Sob a ótica da recomendação da PNAB 2017 para as equipes de atenção básica, ressalta que diversos modelos são possíveis, por exemplo, o exposto por Morisini et al. (2018):

Operacionalmente, são inúmeros os arranjos possíveis para a composição das equipes de AB. Para fins de ilustração, uma equipe pode ser composta por três médicos, dos quais dois devam ter cargas horárias de 20 horas e um de 10 horas; três enfermeiros, com 40 horas cada; um auxiliar ou técnico de enfermagem, com 40 horas; e nenhum ACS (Morisini et al., 2018).

Nesta perspectiva, o autor acima refere que esse fato demonstra, de forma complementar que para o gestor, pelo menos três fatores são interessantes para que se justifique a inclusão da equipe de atenção básica, primeiro: tal equipe será composta por um número menor de profissionais em comparação ao ideal

que seria a ESF, com notória diminuição nos custos da mesma; segundo aspecto: seria a forma de organização desses profissionais, que tem característica de serem maleáveis devido ao fato da flexibilidade da carga horária; e terceiro fator: se dá na dimensão do financiamento que se torna legalizado, em que antes não se previa o financiamento para esse tipo de equipe justamente com a finalidade de incentivo para a instituição da ESF. Fatos esses que projeta um fator indutor para que gestores optem pelo novo arranjo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas revisões realizadas não foi encontrado estudos ou projeções dos impactos das alterações evidenciadas na PNAB 2017, porém, os estudos analisados que tomam como norte as referidas alterações demonstram de forma translúcida os possíveis reflexos da flexibilidade ofertada aos gestores com a nova PNAB, fato que estão expostos, como riscos à consolidação da atenção básica no país, uma vez que coloca em evidência, inclusive com financiamento o modelo de atenção básica tradicional na forma da equipe de atenção básica, com redução de profissionais e de carga horária, fragilizando as conquistas decorrentes da implantação da PNAB em 2006 e sua alteração de 2011.

Neste sentido, apontamos que a atenção básica, com as alterações evidenciadas poderá ser acometida pela redução da qualidade da atenção à saúde ofertada para a população. Ressalva neste momento, a importância de estudos que avaliem o impacto dessas mudanças nos próximos anos, e a importância da militância na luta em defesa do direito universal à saúde no momento em que se observam fortes influências para a desconstrução do SUS com diminuição de responsabilidades para esse setor, com tendências de fortalecimento do setor privado de saúde, conforme demonstrado no decorrer desse estudo.

Propomos a reflexão nesse aspecto com a influência de um importante militante a favor da Saúde Pública e defensor da Atenção Básica, Janilson Paim, professor da Universidade Federal da Bahia, em que o mesmo instiga nosso pensamento com a seguinte fala: “Se o Estado sabota o SUS, resta à sociedade civil lutar pela RSB e por um sistema de saúde universal, público, de qualidade e efetivo, cabendo ao movimento sanitário contribuir para imprimir um caráter mais progressista à revolução passiva brasileira”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO, CEBES, ENSP (2018). *Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica.* [internet]. Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/outrasnoticias/notasoficiaisabrascocontrareformulacaodapnab-notasobrevisaodapolitica-nacionaldeatencaobasica/29798/>. Acessado em 23 de Novembro de 2018.

- Almeida ER (2016). A gênese do núcleo de apoio a saúde da família. *Tese* (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.
- Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, Carvalho FFBC, Tavares G, Silva KC (2018). Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Rev Panam Salud Pública*. 42: e180.
- Almeida HP, Cunha FS, Souza FBA (2011). Relações intergovernamentais e interinstitucionais na implantação da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro: estudo do Complexo do Alemão. *Saúde em Debate*, 35(88): 39-47.
- Barros RD (2018). Nova regra de transferência dos blocos de financiamento: o que muda de fato? *Observatório de análise política em saúde*. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. 8p.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. -4. Ed.- Brasília: Ministério da Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006, 4: 68p.
- Brasil (2011). Ministério da Saúde. *Portaria N° 2.488*, de 21 de outubro de 2011. Aprova a *Política Nacional de Atenção Básica*, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasil (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria N° 2.436*, de 21 de setembro de 2017. *PNAB: Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ (2013). Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 18(7): 2147-2156.
- Funcia F (2018). Transferências financeiras do fundo nacional de saúde para estados e municípios em 2017: efeitos da limitação de pagamentos imposta pelo teto de despesas primárias da emenda constitucional 95/2016 e evidência dos riscos da portaria MS 3992/2017. *Rev Domingueira Saúde*, 16 (17): 1-6.
- Giovanella L, Mendonça MH (2008). Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (organizadores). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 493-545.
- Goulart FAA (2002). Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso? *Tese de Doutorado*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- Marques RM, Mendes A (2003). Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência & Saúde Coletiva*., 8(2): 403-415.

- Mendes A, Marques R (2014). O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, 38(103): 900-916.
- Mendes ÁN (2016). A saúde pública brasileira num universo “sem mundo”: a austeridade da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(12): e00188916.
- Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD (2018). Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, 42(116): 11–24.
- Ocké-Reis CO (2017). Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica. *Saúde debate* 1, 41(113): 365-371.
- Oliviera MAC, Pereira IC (2013). Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(1): 58-64.
- Vasconcellos SC (2013). A problemática do Financiamento da Atenção Básica nos municípios no período do Pacto pela Saúde (2006-2010). O caso do Estado da Bahia. *Dissertação* (Programa de Pós – Graduação em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo.
- Viana ALD, Lima LD, Oliveira RG (2002). Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*. 7(3): 493-507.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Atenção Básica, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 42, 43, 46, 47, 49, 50, 54, 57, 59, 61, 63, 65, 69, 71, 72, 74, 75, 77, 78, 80, 81, 83, 84, 85
atenção primária em saúde, 51

B

biossegurança, 44

C

Caixa de Aposentadorias, 27
Cirurgião–Mor, 19
Consultório de Rua, 58, 59, 60, 61

D

descentralização, 8, 32, 36, 37, 38, 39, 70, 78

E

Educação, 7, 14, 28, 29, 36, 39, 40, 41, 67, 68, 69, 70, 71, 77, 87
educação em saúde, 66, 68
educação permanente, 36, 42, 55, 57, 64
Enfermagem, 9, 37, 70, 85, 87

I

Instituto Vacínico, 20

Institutos de Aposentadorias, 27

M

modelos biomédicos, 68
movimento sanitário, 32, 39, 83

N

Núcleos Ampliados, 75

P

política pública, 5, 13, 41, 43
Profilaxia, 24, 26

R

reforma sanitária, 31, 32, 39, 41, 85

S



Saúde Coletiva, 15, 31, 40, 70, 71, 72, 75, 84, 85
Saúde da Família, 4, 9, 10, 11, 16, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 42, 43, 44, 46, 50, 51, 54, 56, 57, 59, 61, 62, 63, 64, 68, 69, 71, 72, 75, 77, 82, 84, 85, 87
saúde pública, 7, 10, 13, 14, 19, 20, 22, 26, 28, 29, 39, 40, 42, 43, 58, 62, 68, 70, 75, 81, 85

T

Tocantins, 61, 87



SOBRE OS AUTORES



  **Mikael Henrique de Jesus Batista** é Doutorando em Engenharia Biomédica na Universidade Brasil – *Campus* Itaquera – SP, na linha de pesquisa em Saúde Pública. Mestre em Ensino em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Tocantins (UFT), na linha de pesquisa em Saúde Pública. Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás (UFG), Especialista em Urgência e Emergência pelo Centro Goiano de Ensino, Pesquisa e Pós-Graduação (CGESP), Especialista em Terapia Intensiva Geral pelo CGESP. Enfermeiro do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Tocantins (IFTO). Docente do curso de enfermagem da Faculdade de Colinas do Tocantins – Grupo UNIESP. Possui experiência na tríade ensino, pesquisa e extensão, sendo colaborador no capítulo de livro intitulado: O PET na tríade Ensino, Pesquisa e Extensão, do livro O Programa de Educação Tutorial na UFG: Realidades, Concepções e Perspectivas.

Atualmente atua principalmente nas seguintes áreas temáticas: Políticas Públicas em Saúde, Urgência e Emergência, Saúde do adulto e do adolescente, e aspectos metodológicos da escrita científica, com dezenas de artigos publicados nessas áreas.



  **Ruhena Kelber Abrão Ferreira** é Pós Doutorando em Políticas Públicas (UMC), na linha Prática de Saúde e Desenvolvimento. Doutor em Educação em Ciências e Saúde (UFRGS), Mestre em Educação Física (UFPel). Graduado em Educação Física (FURG). Professor Adjunto II da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Docente do curso de Educação Física e professor Permanente no Programa de Ensino em Ciências e Saúde (PPGECS). Bolsista Produtividade em Pesquisa pela UFT. Tutor da residência multiprofissional em Saúde da Família e bolsista da Escola de Saúde Pública de Palmas. Atuou por 12 anos na Educação Básica na esfera pública municipal, estadual e particular, bem como orientação escolar. Desde 2008 atua no Ensino Superior. Tem experiência na área de Educação e Saúde, atuando

principalmente nos seguintes temas: Infâncias, formação de profissionais para a docência, Recreação Hospitalar, Estudos do Lazer, bem como Gestão, Planejamento e Políticas Públicas em Saúde.



Este livro tem por objetivo explorar as alterações ocorridas na Política Nacional de Atenção Básica desde sua criação em 2006 até a sua última versão em 2017. Deste modo, realizou-se uma revisão bibliográfica de cunho descritivo, utilizando a análise documental proposta por Laurence Bardin.

ISBN 978-658831923-9



Pantanal Editora

Rua Abaete, 83, Sala B, Centro. CEP: 78690-000
Nova Xavantina – Mato Grosso – Brasil
Telefone (66) 99682-4165 (Whatsapp)
<https://www.editorapantanal.com.br>
contato@editorapantanal.com.br