



8º Encontro Internacional de Política Social
15º Encontro Nacional de Política Social
Tema: Questão social, violência e segurança pública:
desafios e perspectivas
Vitória (ES, Brasil), 16 a 19 de novembro de 2020

Eixo: Política de Saúde: 30 anos da Lei Orgânica da Saúde.

Política de Atenção Básica e formação em saúde: exigências frente ao desmonte

Eliane Martins de Souza Guimarães¹

Resumo O presente artigo apresenta o debate sobre os impactos das contrarreformas na política de Atenção Básica de Saúde e na formação em saúde. Para isso, toma como ponto de partida o debate sobre a disputa entre projetos de saúde, problematiza a expansão da Saúde da Família no contexto neoliberal, analisa as recentes mudanças na política e aponta as exigências postas ao processo de formação.

Palavras-chave: Política de Saúde; Contrarreformas; Política de Atenção Básica; Formação em Saúde.

Basic Care Policy and health training: requirements in front of disassembly

Abstract For this, it takes as a starting point the debate about the dispute between health projects, problematizes the expansion of Family Health in the neoliberal context, analyzes the recent changes in policy and points out the demands placed on the training process.

Keywords: Health Policy; Counter-reforms; Primary Care Policy; Health Training.

INTRODUÇÃO

A perspectiva da saúde centrada na doença alcançou hegemonia na política de saúde ao atingir suas diversas esferas - desde a concepção, formação, prestação de serviços, a organização dos sistemas de saúde e de um mercado -, construindo assim uma cultura em torno da doença. A proposta que irá se apresentar como contra hegemônica retoma a vinculação das demandas sociais à saúde, através da defesa de uma concepção de saúde ampliada na qual a atenção primária, a família e a comunidade, vão se estabelecer como diretrizes estratégicas. A reorganização dos serviços, em um cenário de contradições e disputas do neoliberalismo, vai se dar por meio da defesa da Atenção Primária e da Promoção da Saúde, permeadas pelas as estratégias difundidas por organismos internacionais passam a influenciar a organização dos sistemas de saúde².

¹ Docente da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense. E-mail: eliane.msguimaraes@gmail.com.

² Destaca-se o papel da conferência de Alma Ata em 1978 como referência para a reorganização dos sistemas de saúde, reconhecida como estratégia para o alcance da meta “Saúde para todos no ano 2000”. Como expressão de diversas experiências, a declaração orientou a reorganização dos serviços de saúde e estabeleceu a APS como porta de entrada para os sistemas de saúde (STARFIELD, 2002). Como resultado de uma movimentação em torno da temática, a Carta de Otawa, resultado da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, trouxe o debate sobre a promoção da saúde que ampliou-se nos anos que se seguiram, incorporando novas demandas com realização de novas conferências ao longo dos anos (BRASIL, 2010).

No processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Básica foi apontada como foco para organização dos serviços de saúde, por meio da Saúde da Família³, que assumiu a orientação governamental e estratégia de reorganização do modelo assistencial da saúde, voltada para a atenção integral através da promoção e prevenção, estabelecendo a porta de entrada para o SUS (Brasil, 2006), que traz como exigência a aproximação com a realidade local e o vínculo com os sujeitos atendidos⁴.

O processo de implantação e expansão da Saúde da Família no Brasil ocorre em um cenário de contradições e disputas de políticas neoliberais⁵. A disputa hegemônica projetos de saúde no Brasil se expressa através do Projeto de Reforma Sanitária (com defesa da democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, equidade, integralidade, tendo como premissa a defesa da saúde como direitos de todos e dever do Estado), o Projeto Privatista (articulado ao mercado, tendência de racionalização de oferta, focalização e privatização), e também a vertente do “SUS Flexível” (que no contexto da contrarreforma defendem um SUS “possível” e promovem a refuncionalização dos princípios do SUS) (BRAVO, PELAEZ E PINHEIRO, 2018, P. 10).

O presente artigo apresenta o debate sobre os impactos das contrarreformas na política de Atenção Básica de Saúde no Brasil e na formação em saúde. Para isso, toma como ponto de partida o debate sobre a disputa entre projetos de saúde, problematiza a expansão da Saúde da Família no contexto neoliberal, analisa as recentes mudanças na política e aponta as exigências postas ao processo de formação.

³ Considerando as diferentes nomenclaturas já utilizadas para o serviço – PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), PSF (Programa Saúde da Família), ESF (Estratégia de Saúde da Família), Médico de Família, Clínica da Família e outras denominações locais –, além do debate entre o uso dos termos Atenção Básica e Atenção Primária, optamos por utilizar o termo Saúde da Família para caracterizar o serviço.

⁴ O atendimento nas Unidades de Saúde da Família é realizado tendo como referência a área de abrangência, com cobertura de cerca de mil famílias para cada equipe. As áreas são divididas em micro áreas e atendidas pela equipe mínima, composta por profissional de medicina, enfermagem, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental. São adotados instrumentos como visita domiciliar, grupos educativos e consultas como estratégias de assistência à saúde. As atividades são realizadas com a priorização de grupos como hipertensos, diabéticos, idosos, recém-nascidos, combate à tuberculose e hanseníase, saúde da mulher, entre outros.

⁵ As experiências de organização da APS aconteceram em pleno processo de queda dos sistemas de proteção social, momento no qual a família assume centralidade, em um processo de transferência de responsabilidades, que aponta sua funcionalidade no processo de ajustamento das políticas sociais ao modelo neoliberal (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

1 OS PROJETOS DE SAÚDE E A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: DA EXPANSÃO AO DESMONTE

No processo de construção do SUS, já sob os rebatimentos da perspectiva de ajuste neoliberal, em 1991, é implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que, de caráter seletivo e focalizado, atendeu inicialmente as regiões norte e nordeste em áreas rurais e periféricas, com enfoque em situações de alto risco para doenças infecciosas e desnutrição. A experiência do PACS se estendeu a todo o território brasileiro no governo Fernando Henrique Cardoso, através do Programa Saúde da Família (PSF) instituído pela Portaria MS 692/93. Inicialmente voltado para atender pequenos municípios e absorver a demanda reprimida por atendimento de saúde, passou a ser incentivado pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB SUS 01/06), que colocou a Atenção Básica como primeiro nível de atenção e estabeleceu o Piso da Atenção Básica (PAB) como um novo modelo de transferência de recursos financeiros. No entanto, permaneceu voltado para áreas muito pobres com restrição de acesso aos serviços de saúde, mantendo o caráter focalizado.

A Saúde da Família passa a ser concebida como estratégia pelo Ministério da Saúde (MS) em 1997, no documento intitulado “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”. Tal perspectiva busca colocar a Saúde da Família como porta de entrada do sistema de saúde e também preconiza o atendimento realizado por equipe multiprofissional. A expansão da Saúde da Família ocorreu nos anos 2000 sob a indução do MS por meio do PAB: variável que prevê pagamentos adicionais por equipe em funcionamento. Em 2003, passou a ser apoiado pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), a partir de financiamento internacional, visando a organização e o fortalecimento da atenção básica em grandes centros urbanos. Em 2011, foi criado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que instituiu o PAB variável relacionado ao desempenho das equipes (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012, p. 526).

Em um processo de expansão nos governos Lula, foi instituída através da Portaria 648/GM de 28 de março de 2006 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que, reafirmando o modelo, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A PNAB

também propõe uniformizar o atendimento das Unidades Básica de Saúde (UBS) e consolidar o processo de educação permanente.

Com a ampliação da demanda de atendimento, foi constituído o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a partir da Portaria 145/2008, atualmente regulamentado pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Configura-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF), como apoio matricial às equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde, devendo buscar atuação integrada. Com uma composição ampla de profissionais da área da saúde, os assistentes sociais têm composto as equipes, sendo uma das categorias mais requisitadas.

A implantação da Saúde da Família em todo o país, permeado por determinações de agências internacionais que orientaram o caráter focalizado e seletivo, com atuação prioritária em áreas periféricas, no entanto, apresenta contradições e limites, já que seu caráter focalista tem colocado em cheque sua possibilidade de promover mudanças na totalidade do sistema de saúde. No Brasil, no contexto de contrarreformas, a Saúde da Família é permeada pelo reformismo e evidencia a tendência de reprodução dos discursos das agências internacionais, que colocam as estratégias de enfoque familiar e comunitário como espaços de integração para o desenvolvimento, considerando que as demandas sociais devem ser controladas, em um contexto de desmonte do SUS.

Em um processo chamado de “golpe parlamentar jurídico midiático”, a presidente Dilma Rousseff foi destituída da presidência da república em 2016, sendo esta assumida pelo vice-presidente Michel Temer, que apresenta claramente a perspectiva liberal, com ajuste fiscal, privatizações e reforma trabalhista e a PEC 241/55. Ainda no governo interino, o ministro da Saúde, Ricardo Bastos, anunciou no dia 05/08/2016 a criação de um grupo de trabalho para elaborar um projeto de Plano de Saúde Popular, chamado de Plano de Saúde Acessível. Em agosto de 2017, é proposto pelo Ministério da Saúde a revisão da Política Nacional de Atenção Básica, através da Portaria nº 2.436, de 26 de setembro de 2017, que estabelece a revisão da Política Nacional de Atenção Básica.

Os impactos da Nova PNAB vão desde o financiamento, modificações na composição das equipes e modelo dos serviços. Desde então, as notícias sobre a revisão da PNAB foram se intensificando, mas sua produção foi pouco divulgada oficialmente e sua discussão manteve-se em espaços restritos, como a Comissão Intergestores Tripartite

(CIT) e as reuniões entre os técnicos do MS. Em 27 de julho de 2017, o texto preliminar foi apresentado na CIT e encaminhado para consulta pública por dez dias. Apesar do curto prazo, a consulta recebeu mais de 6 mil contribuições, sem que tenham gerado, entretanto, mudanças expressivas no texto original ou tenham sido divulgados os seus resultados. A nova PNAB foi aprovada em 30 de agosto de 2017⁶, pouco mais de um mês após tornar-se oficialmente pública.

Para Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) o Governo Temer aprofunda as contrarreformas e acelera o desmonte das políticas públicas e universais. Sobre a nova PNAB comentam:

Apesar do texto afirmar que a Saúde da Família continua como a estratégia prioritária para a expansão e consolidação da Atenção Básica no Brasil, o mesmo rompe com sua centralidade e institui formas de financiamento para outros arranjos assistenciais que não contemplem equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde (ACS), possibilitando a organização da Atenção Básica com base em princípios opostos àqueles norteadores da Atenção Primária à Saúde (APS). Também causa estranheza a referência à diferenciação de ações e serviços essenciais e ampliados a serem executados na Atenção Básica, o que pode configurar restrições ao acesso à assistência, legitimando sua configuração como uma política focalista e restrita a populações mais vulneráveis ou agravos mais comuns, limitando-se a oferta do mínimo do mínimo no que consta aos serviços oferecidos à população. Outra questão à política aprovada refere-se à redução da carga horária da equipe de 40 horas, podendo ser de 10 horas (BRAVO, PELAEZ E PINHEIRO, 2018, p. 16).

As mudanças na PNAB passaram a ocupar as análises de pesquisadores, entidades e profissionais da saúde.

Na análise de Melo, Mendonça e Oliveira (2018), ao comparar com a versão de 2011 e 2017, identificam elementos de continuidade, descontinuidade e possíveis agregações. Apesar da preservação da base conceitual da Atenção Básica (AB), destacam alterações significativas na dimensão organizativa e funcional indicam flexibilização da modalidade de organização. No texto, consideram que há dispositivos da PNAB que induzem, impedem ou condicionam mudanças, e concluem que os propósitos centrais dessa agenda são a diminuição dos ACS e mudança de seu perfil, bem como a priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF. Os autores destacam que a recente mudança da PNAB, em 2017, diferentemente de 2011, deu-se em uma conjuntura de crise

⁶ Portaria Nº 2.436, DE 21 de setembro de 2017.

política e econômica do País, que vem incidindo de forma avassaladora sobre políticas sociais e “faz-se inoportuna e oferece condições de desmonte da ESF, além de aprofundar a cisão entre atores da política de saúde” (p. 49).

Nesse processo, as análises também apontam a articulação efetiva das propostas do governo com o setor empresarial de saúde que pode ser observada nas propostas apresentadas pelo governo de modificação da política de saúde.

Silva (2018) aponta algumas mudanças propostas pela ANS no setor saúde suplementar sendo uma delas a incorporação do modelo de saúde baseado na estratégia de saúde da família e denuncia a intenção de sucateamento do sistema de saúde público para investimento em planos populares criados pela saúde suplementar. As articulações por meio de lobby se dão via de doações de campanhas eleitorais para defesa de interesses a favor dos planos privados de saúde.

Um dos pontos cruciais para todo o SUS, em especial para a Atenção Básica é o financiamento, e é justamente este um dos impactos provocados na mudança da política. Na análise de Mendes, Carnut, Guerra (2018) o financiamento foi sempre orientado pela fragmentação, com incentivos financeiros através do PAB Variável, que reforçou a ideia restrita de Atenção Básica, sendo essa introduzida a PNAB 2017.

Assim, reiteramos a ideia que se não forem alterados os critérios de rateio e a concepção limitada em que a AB se encontra, certamente seu refinanciamento – em virtude dos prejuízos imposto pela EC 95, desfinanciando o SUS – também padecerá de problemas com efeitos diretos na atenção em função das necessidades em saúde da população (MENDES, CARNUT, GUERRA, 2018, p. 239-240).

Um dos reflexos de tais mudanças atinge diretamente o NASF. Reis e Menezes (2020) destacam que a política alterou até mesmo a nomenclatura do serviço que passou a ser Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), ampliou o escopo de atuação do Nasf para além das eSF, incluindo também outras equipes de AB. Mas é no final de 2019, coo programa Previne Brasil, que consolidou-se mudanças significativas no modelo de financiamento da Atenção Primária no SUS que impactam, também, sobre o Nasf-AB.

Nesta nova forma de financiamento, o repasse dos recursos federais para os municípios deixa de ser por número de equipes SF e Nasf-AB credenciadas e implantadas e passa a ser: 1) por número de pessoas cadastradas em cada eSF ou equipes de Atenção Primária (eAP); e 2) por desempenho dessas equipes em indicadores selecionados. Em síntese, não existe mais valor fixo e regularmente

repassado ao município em função da existência de eSF e Nasf-AB. As eSF ou eAP serão mantidas enquanto equipes pois é a elas que os usuários precisam estar aderidos e cadastrados, já que parte do financiamento agora advém daí; mas as equipes Nasf-AB deixam de existir como requisito para repasse dos recursos (REIS E MENESES, 2020, s/n).

Tal medida gerou grande repercussão nos setores da saúde que passaram a questionar a possibilidade de continuidade do Nasf. Reis e Menezes (2020) destacam que apesar do Ministério da Saúde e o Conasems afirmarem a continuidade do NASF, “a publicação da Nota Técnica n.º 3/2020-DESF/SAPS/MS deixa claro que não há mais nenhum tipo de estímulo por parte do MS ao *modus operandi* do Nasf-AB e à lógica do apoio matricial”, ficando a cargo do gestor local a definição de manutenção dos profissionais. Nessa análise as autoras afirmam que “na política nacional o Nasf-AB enquanto estratégia acabou, sim”. Nesse contexto, sinalizam que já começam a surgir relatos de equipes desfeitas e profissionais demitidos.

Nessa direção, destaca-se o caso da cidade do Rio de Janeiro. A análise de Melo, Mendonça e Teixeira (2019) traz um resgate do processo de expansão da atenção primária em 2009, adotando Organizações Sociais para a contratação de profissionais e gerenciamento dos serviços. Sob argumento da recente crise econômica e das mudanças na Pnab, a decisão do gestor municipal foi de reduzir equipes de saúde da família, sendo esta ancorada na noção de produtividade, compondo critérios para definir cortes de equipes e justificar sua permanência ou mudança.

A crise da APS no MRJ, materializada em atrasos de pagamento, restrição no acesso às ações e serviços, demissões e cortes de equipes, abordada neste artigo, apresenta-se a partir da combinação de elementos locais e nacionais. Como uma cidade que apresenta muita ressonância no país (pela presença da grande mídia e pelo simbolismo que carrega), os desmontes realizados podem ecoar ou ter significados para além dos seus limites geográficos. Destacamos, aqui, as implicações da adoção de OSS na APS em termos da sustentabilidade dos serviços (ainda que esta seja produto de mais elementos não considerados aqui), o efeito das racionalidades gerenciais no trabalho em saúde (especialmente aquelas informadas pelo ideário gerencialista) e a condução dos processos de gestão face à institucionalidade democrática do SUS (respeitando ou ignorando o controle e a participação social) (MELO, MENDONÇA E TEIXEIRA, 2019, 4596).

Ao retomar o processo histórico de constituição, expansão e o desmonte da política de Atenção Básica em Saúde no Brasil, evidencia-se a disputa entre os projetos de saúde e os impactos das contrarreformas no modelo do sistema de saúde, no financiamento, na contratação de profissionais e processo de trabalho. O cenário de

desmonte do SUS e da Atenção Básica traz como requisição a problematização do processo de formação em saúde,

2 OS DESAFIOS DA FORMAÇÃO EM SAÚDE FRENTE AO DESMONTE DA ATENÇÃO BÁSICA

O debate sobre formação em saúde vem se constituindo como uma importante estratégia de contraposição ao modelo médico hegemônico. O processo de luta e conquista do direito à saúde na Constituição Federal de 1988 e a constituição do Sistema Único de Saúde, trouxe como requisição a construção de estratégias para mudança de perspectiva dos profissionais de saúde.

É no cenário de disputas entre projetos societários e projetos de saúde, que o debate sobre formação em saúde vai ser construído. No cenário neoliberal e de contrarreformas, o debate sobre formação em saúde também será influenciado pela perspectiva da Reforma Sanitária, pela proposta de SUS Flexível e também pela lógica de mercado.

No processo de implementação do SUS, a Educação Permanente foi direcionada por polos de capacitação, formação continuada, que por meio dos cursos introdutórios promoveu capacitações junto às equipes. Conforme aponta Schmaller et al. (2012, p. 350), na década de 2000 são desenvolvidas algumas iniciativas no campo da gestão do trabalho e da educação em saúde. Em 2003, é criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) (BRASIL, 2006b, p. 6), com o objetivo de construir uma política de valorização do trabalhador do SUS e de cumprir o art. 200 da Constituição Federal. Tendo em vista o incentivo à formação em saúde, no ano de 2004, o MS cria a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEP). No ano de 2009, o MS resolve definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. O MS, além disso, apoia a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ- SAÚDE) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET), na perspectiva de gerar mudanças na formação dos trabalhadores da saúde e fortalecer a relação ensino-serviço.

Vale destacar que um forte componente dessa indução é o financiamento do MS

para as instituições e secretarias estaduais de saúde contempladas, com fornecimento de bolsas para alunos, preceptores e tutores para o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisas e extensão na área da atenção primária à saúde. Mesmo antes dessas iniciativas, o MS reconhecia a necessidade de ampliar para além da medicina a formação na modalidade Residência Multiprofissional.

Pereira (2008, p. 411), ao analisar a relação trabalho, educação e saúde, indica que a noção de capital humano tem sido articulada à empregabilidade para “garantir a escolaridade/ formação profissional, com base na competência, eficiência adaptativa e competitiva”, reafirmando a educação dos trabalhadores da saúde para o capital.

Para Teixeira e VilasBoas (2010), as iniciativas de formação voltadas para a saúde têm sido produzidas em um contexto complexo em que coexistem interesses públicos, corporativos e de mercado.

A Atenção Básica também comporta influências que perpassam sua fundamentação e se expressam no cotidiano do processo de trabalho. Tais contradições foram debatidas em por Guimarães (2016 e 2017), na pesquisa em que foram analisados os materiais didáticos de cursos de especialização em Saúde da Família, disponibilizados pelo portal do UNA-SUS, por meio eletrônico, publicados entre 2009 e 2016, ofertados pelas seguintes universidades: UERJ, UNIFESP, UFMG, UFMA, UFMS e UFSC, com análise dos eixos: concepção de saúde-doença, política de saúde, processo de trabalho, educação em saúde, família, comunidade e instrumentos de abordagem.

A análise do processo de formação em Saúde da Família, em um contexto de contrarreformas, evidenciou o distanciamento das contradições de classe presentes na política de saúde, seguida da difusão de lógicas pautadas na perspectiva terapêutica em detrimento da determinação social do processo saúde-doença, vinculado às determinações de classe social, defendida pela Reforma Sanitária.

A análise dos conteúdos de cursos voltados para a formação de especialistas em Saúde da Família demonstrou a fragilidade e contradições no debate sobre as condições societárias de construção da política de saúde; fragilidade e contradições na análise das repercussões do neoliberalismo na constituição da APS, no mundo, e da Atenção Básica, no Brasil. A defesa abstrata da Atenção Básica faz com que esta não seja considerada no conjunto das propostas focalistas, em uma conjuntura de desmonte e precarização das políticas sociais. Ao contrário, há uma forte defesa do caráter progressista da proposta na direção dos valores do SUS, mas, no entanto, não são oferecidas, pelos cursos, as

condições necessárias para que os profissionais de saúde possam desvelar as contradições latentes nessa esfera.

A falta de mediação entre as propostas de abordagem e a análise crítica da conjuntura sócio-política é evidenciada na análise da abordagem familiar. A centralidade da família nas políticas sociais é uma requisição do processo de transferência de responsabilidade clássica do neoliberalismo. Observou-se no conteúdo dos cursos, que a abordagem familiar e comunitária é construída a partir de referências sistêmicas, funcionalistas, fenomenológicas e pós-modernas. No contexto das contrarreformas, estas tendências reafirmam a lógica da subjetivação da vida social, do empoderamento, da transferência de responsabilidades, da responsabilização pela proteção social por meio do cuidado, da individualização e consequente culpabilização pelas condições de vida e de saúde.

A tendência conservadora apontada na análise do processo de trabalho e da abordagem familiar também atinge a abordagem comunitária que, apartada da dimensão política, favorece o ajustamento e a harmonização da “comunidade”. A construção de perspectivas que privilegiam o enfoque individual, com esvaziamento político das demandas coletivas, se estabelecem como proposta “mediadora”, centrada na subjetivação, no autocuidado e na responsabilização individual.

A participação social, como esfera tão cara ao processo de democratização da saúde, é capturada pela lógica do consenso e das demandas institucionais. Contudo, em um sinal de resistência, também se registra o potencial da participação popular frente as contradições da política de saúde brasileira e chama à tomada de decisão em relação a defesa ou não do SUS e a importância de transformar motivos individuais em ações coletivas

Se estes apontamentos já sinalizam importantes desafios ao processo de formação, ao considerar a conjuntura de desmonte, tais elementos somam-se aos reflexos nos espaços como as Residências Multiprofissionais:

[...] intralçadas nesta discussão estão as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família/Atenção Básica. Formar profissionais qualificados para o SUS é um grande desafio e, historicamente, as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família/Atenção Básica vem cumprindo esse papel que, por consequência, contribui com a melhoria do cuidado ofertado no SUS. Sem os Nasf-AB, como ficarão as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família/Atenção Básica que tinham nessas equipes o seu campo de atuação e formação? Qual será o sentido da formação

destes profissionais? Como e onde se dará o processo de educação permanente e qualificação multiprofissional para a Saúde da Família/Atenção Básica de agora em diante? (REIS e MENESES, 2020, s/n).

O cenário de demonstração da política de atenção básica traz como exigência que o processo de formação assuma uma direção crítica e que esta possa atingir o cotidiano da vida de seus usuários. Na pluralidade de concepções de saúde que se apresentam hoje, é preciso resgatar aquela concebida no conjunto do processo de democratização da saúde no Brasil, a saúde como “resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes”. Resgate que só pode ser democratizado com o conjunto dos trabalhadores e trabalhadoras, usuários do SUS, se apropriado sem contradições e equívocos pelos profissionais de saúde/equipes multiprofissionais, favorecendo a defesa da saúde como direito e a defesa do SUS, como assegurado ainda na Constituição de 1988.

Nesse sentido, é preciso trocar a lente com que se apreende a dinâmica da vida social. O que se coloca como necessidade não é o como fazer, de forma isolada, mas em que direção fazer. O que se apresenta como desafio no processo de formação em Saúde da Família é a direção social que define o método necessário à apreensão das condições de saúde como parte e expressão da totalidade social. É possível imprimir uma direção crítica às ações no atendimento direto ao usuário, na consulta, na visita domiciliar, no grupo, no planejamento, na articulação da rede, no território, nas reuniões de equipe, no atendimento interdisciplinar, nos conselhos, na elaboração de políticas, nos movimentos sociais.

O ponto de partida é estabelecimento de uma direção ética de abordagem, voltada para o reconhecimento dos indivíduos como sujeitos de direito, respeitando sua autonomia, garantindo o sigilo, promovendo potencialidades. Esta posição redireciona a ação na busca por romper com práticas assistencialistas, moralizantes, controladoras, culpabilizadoras. Para isso, é preciso que haja clareza dessas posições e de suas consequências na vida dos sujeitos, para que se possa construir posturas de enfrentamento a práticas impregnadas no atendimento das políticas sociais. Nessa direção, o processo de trabalho passa a exigir do profissional uma postura mais do que mediadora, uma postura questionadora, articuladora, formadora!

No entanto, não há como construir enfrentamentos no cotidiano, sem posicionamentos institucionais, políticos, sociais. Diante das condições de trabalho a que

estão submetidos os trabalhadores da saúde, torna-se necessário vincular-se a projetos profissionais que representem perspectivas progressistas e democráticas. Nesse sentido, é preciso resgatar os espaços de participação, seja em conselhos e suas diversas instâncias, movimentos sociais populares, e nesta conjuntura, especialmente os Fóruns de Saúde e Frentes contra a privatização. O avanço do projeto privatista exige, além da mobilização profissional, articular junto à população a retomada das discussões sobre a saúde, os direitos sociais e as condições de vida e de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é um momento que chama a Universidade, como espaço de formação e pesquisa, a dar respostas, à problematização da temática. Sendo este o espaço que se tem construído, referenciado esta direção social na saúde, e particularmente na Saúde da Família, é preciso construir estratégias que possibilitem o redirecionamento do processo de formação em saúde, em Saúde da Família em relação à abordagem familiar e comunitária.

As fragilidades do processo de formação constatada no conteúdo dos cursos também alerta para a necessidade de construção de conteúdos críticos sobre formação social do Brasil, política social, política de saúde, que forneçam elementos para análise e intervenção em saúde na atual conjuntura. Um conteúdo essencial é a disciplina de família, que precisa ser situada nas contradições da política social, para que sua centralidade seja questionada e não referendada. É preciso incluir também temas que abordem temas que contribuam para a ruptura de preconceitos, construção e reafirmação de direitos, com respeito a suas configurações, seus limites e potencialidades, autonomia, leitura ampliada das relações de gênero, raça, violência doméstica, direitos de diversidade sexual.

Da mesma forma, o conteúdo sobre comunidade, deve retomar a análise crítica do processo de “ocupação dos territórios” para que esse possa ser usado em favor da melhoria das condições de vida dos sujeitos e possa subsidiar os processos reivindicatórios. O fortalecimento da perspectiva comunitária passa, necessariamente, pela recuperação do potencial da participação popular e dos conselhos de política e de direitos como instâncias questionadoras e deliberativas.

Em um contexto de desmonte de direitos sociais, atrelado à perspectiva de

transferência de responsabilidade, há que se tomar como referência a perspectiva de direitos e emancipação e questionar: em quais direitos essa família/comunidade está sendo negligenciada? Como a falta de acesso a esses direitos determinam suas condições de saúde? Quais as estratégias para que direitos possam ser acessados, construídos e defendidos?

Da mesma forma, outros instrumentos tão particulares da Saúde da Família como a visita domiciliar, a territorialização e a educação em saúde, precisam romper com o viés fiscalizatório e controlador e se apropriar do seu potencial de reconhecimento da realidade social, das contradições e demandas existentes, e da possibilidade de construção de processos reflexivos que potencializem o acesso à informação e à organização coletiva.

REFERÊNCIAS

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes PINHEIRO. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argum, Vitória*, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, DE 21 de setembro de 2017. . Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: *Política e Sistema de Saúde no Brasil*. GIOVANELLA, Ligia (org.). 2ª edição. rev. e amp. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

GUIMARÃES, Eliane Martins de Souza. **A abordagem familiar e comunitária na Saúde da Família: desvelando contradições e construindo mediações críticas**. 2016. 342 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

GUIMARAES, Eliane Martins de Souza. Expressões conservadoras no trabalho em saúde: a abordagem familiar e comunitária em questão. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 130, p. 564-582, Dec. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282017000300564&lng=en&nrm=iso Acesso em 10 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.124>.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; GUERRA, Lucia Dias da Silva. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde**

debate, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 224-243, Sept. 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500224&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Mar. 2020

MELO, Eduardo Alves et al . Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 38-51, Sept. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500038&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: on 08 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s103>.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; TEIXEIRA, Márcia. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 24, n. 12, p. 4593-4598, Dec. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232019001204593&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Mar. 2020. Epub Nov 25, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019>.

PEREIRA, Isabel Brasil. A Educação dos trabalhadores da saúde sob a Égide da produtividade. In: MATTA, Gustavo Correa; LIMA, Julio Cesar França (orgs) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008.

REIS, Silvia; MENESES, Sara. **Novo financiamento da atenção básica: possíveis impactos sobre o Nasf-AB**. CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2020. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/02/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/>. Acesso em 08/03/2020.

SILVA, Túlio Paulo Alves. O desmonte da política nacional de atenção básica (PNAB 2017) sob a forte influência do lobby dos planos de saúde suplementar no Brasil. *Espaço Público*, v. 2, p. 107-113, dez. 2018.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. Desafios da formação técnica e ética dos profissionais das equipes de Saúde da Família. In: ORG) TRAD, Leny A. Bomfim. **Família Contemporânea e Saúde: práticas e políticas**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2010.