



**9º Encontro Internacional de Política Social**  
**16º Encontro Nacional de Política Social**  
**Tema: A Política Social na Crise Sanitária revelando Outras Crises**  
**Vitória (ES, Brasil), 13 a 15 de junho de 2023**

Eixo: Análise, avaliação e financiamento das políticas públicas

**Política de Atenção Básica em contexto de Programa Previne Brasil**

**Franciele da Silva Santos<sup>1</sup>**  
**Maurílio Castro de Matos<sup>2</sup>**

**Resumo:** A política de saúde no Brasil sempre enfrentou forças contrárias à sua consolidação enquanto “direito de todos e dever do Estado” em todos os níveis. Nesse sentido, pretendemos discuti-la em contexto de ofensiva neoliberal, com ênfase no âmbito da Atenção Básica a partir do Programa Previne Brasil. Além de autores que discutem a temática, nos debruçamos em documentos como o Relatório do Banco Mundial e base de dados do Governo Federal que dispõe sobre os recursos repassados para os fundos municipais de saúde. O estudo nos fez perceber a importância de análise crítica dos dados pois há discursos de aumento de recursos, porém não há mediações explícitas que apontem transparência quanto ao uso dos recursos, o que têm impactado diretamente na forma de acesso da população a tal política.

**Palavras-chave:** Atenção Básica. Financiamento. Previne Brasil.

**Primary Care Policy in the context of the Previne Brasil (Prevent Brazil) Program**

**Abstract:** Health policy in Brazil has always faced forces contrary to its consolidation as a “right of all and duty of the State” at all levels. In this sense, we intend to discuss it in the context of a neoliberal offensive, with emphasis on the scope of Primary Care from the Previne Brasil (Prevent Brazil) Program. In addition to authors who discuss the topic, we look into documents such as the World Bank Report and the Federal Government database that provides information on resources transferred to municipal health funds. The study made us realize the importance of critical analysis of the data, as there are discourses of increased resources, but there are no explicit mediations that point to transparency regarding the use of resources, which have directly impacted the way the population has access to such a policy.

**Keywords:** Primary Care. Financing. Prevent Brazil.

## INTRODUÇÃO

A construção da política de saúde no Brasil foi perpassada pelo surgimento e desenvolvimento sócio-histórico da “questão social”, em suas primeiras expressões concretas nos anos 1920, quando passou a ser vista como, minimamente, questão de política, tendo para tanto a criação de aparatos estatais para trabalhadores/as urbanos, inclusive no campo da saúde.

---

<sup>1</sup> Assistente Social; Doutoranda em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Professora substituta de Serviço Social na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). E-mail: francielesilvasantos22@gmail.com.

<sup>2</sup> Assistente Social; Doutor em Serviço Social (PUC-SP); Professor Associado da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: mauriliomatos@gmail.com.

Nos anos 1980 foi conquistado por meio da luta do movimento pela Reforma Sanitária, um sistema de caráter universal e gratuito, com visão ampliada do processo de saúde-doença, que desde sua regulamentação tem passado por diversos ataques tendo em virtude de seu caráter estatal. A partir da Constituição de 1988 com o Sistema Único de Saúde (SUS) a Política de Saúde no Brasil passa a ter outra configuração, de maneira a atender os diversos níveis de demanda de cuidado em saúde, dentre eles a atenção básica, que foi reconhecida por meio de política específica dado seu caráter eficaz de promoção da saúde e prevenção de doenças nos mais diversos territórios do país.

A política de Atenção Básica à Saúde desde o golpe de 2016 vem, paulatinamente, sofrendo diversos impactos, a exemplo de sua alteração com a nova Política Nacional de Atenção Básica(PNAB) em 2017, e recentemente, a partir de 2019, por meio do Programa Previne Brasil (PPB), instituído pela Portaria nº 2.979/2019, que propõe novo modelo do repasse de recursos aos municípios, a reconfiguração das equipes de trabalho e alteração na forma de mensuração dos indicadores, na qual exclui as ações desenvolvidas pelos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB), nos quais está inserida/o a/o profissional do Serviço Social.

Diante do exposto temos como objetivo nesse trabalho discutir o desmonte na política de Atenção Básica no Brasil, a partir de um cenário de ofensiva neoliberal aprofundada, a partir dos anos 1990 no Brasil, a considerar questões como gestão, controle social, financiamento e concepção de política pública a partir do golpe de 2016, a destacar o governo do Jair Bolsonaro.

## **1. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O PROGRAMA PREVINE BRASIL**

Com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde passa a ser considerada “direito de todos e dever do Estado”, tendo como princípios: a descentralização, a universalização, a integralidade, equidade e a participação da comunidade, princípios estes que passam a direcionar o novo sistema de saúde no Brasil. Sistema de Saúde com proposições que vão de encontro aos ditames das agências multilaterais de desenvolvimento, que tinham, e têm, como direcionamento a intervenção mínima do estado, inclusive, e principalmente, com

gastos voltados para as políticas sociais.

Por meio da regulamentação do SUS em 1990, com as Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90, novas questões foram sendo colocadas para a área da saúde, a exemplo da ampliação de seu conceito, onde outros fatores como o acesso “[...] a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL,1990) e passaram a ser considerados condicionantes e determinantes da saúde da população, assim como a participação da sociedade e trabalhadores/as no processo de controle social da referida política.

A concepção acima mencionada é defendida como a proposta de romper com os dois subsetores: de saúde pública e de medicina previdenciária, que segundo Bravo e Matos (2004) foram até meados de 1960 a marca da política de saúde no Brasil. O modelo de Saúde Pública tem como característica o modelo campanhista e de combate às endemias. O de medicina previdenciária, marcado pela criação de instituições, como Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), substituindo as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), de 1923, criado pela lei Eloy Chaves, que beneficiavam os assalariados urbanos, que com os crescimentos destes, esse modelo teve ações contencionistas. Ainda sinalizam que, apesar de ser um sistema de acesso limitado, os serviços vinham por meio dos próprios institutos, sendo ínfima a compra de serviços médicos, situação que muda após meados de 1960 a 1974 com a ditadura militar, momento de acirramento político, também econômico, em que teve a priorização do setor privado enquanto executor da política de saúde no Brasil (MATOS, 2010).

A partir da década de 1990 é percebido um desmonte nas políticas sociais, principalmente no campo da Seguridade Social, com a instalação da Reforma do Estado, tratada por Behring (2011) de contrarreforma por ir de encontro às grandes reformas realizadas no final dos anos 1980 com a constituinte, as quais foram consolidadas na Constituição Federal de 1988, e ainda por se configurar enquanto retirada de direitos da classe trabalhadora. A partir de então vemos a implantação de um Estado sob a lógica gerencial, em que medidas adotadas no mercado, no meio empresarial é instalada no serviço público sob a justificativa da eficiência e “bom uso”

do recurso público, quando na verdade, a partir de então, de forma aprofundada, o que houve foi um deslocamento do fundo público que poderia servir de subsídios para fortalecimento das políticas públicas estatais, ser utilizado para cobrir as necessidades de expansão do capital..

Com a ofensiva neoliberal, a princípio no Governo de Collor, intensificada pelo de Fernando Henrique Cardoso e seguido pelos governos posteriores, cada um ao seu modo, foi possível perceber a intensidade na privatização no campo das políticas sociais, dentre elas a de saúde, por meio do desfinanciamento, privatizações e terceirizações o que causou e causa a desconfiguração daquela enquanto política universal, mas com traços seletivo e focalizador no acesso por parte da população aos direitos sociais públicos e de qualidade, assim como nas condições de vida e trabalho das/dos trabalhadoras/es que delas fazem parte

Com esses rebatimentos na saúde, a partir de 1990 os serviços que são chamados “Novos Modelos de Gestão” foram introduzidos no SUS para execução de ações antes pertencentes ao Estado, esses modelos vêm por meio dos seguintes aparatos: as Organizações Sociais (OSs); as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP); as Parcerias Público Privadas (PPPs) e as Empresas Brasileira de Serviços Hospitalares (BRAVO; PELAEZ e PINHEIRO,2018). Vale ressaltar que esses serviços vão ser executados nos diversos níveis de atenção à saúde, a atenção básica sendo um deles, o que traz repercussões direta nos processos de trabalho nas Equipes da Saúde Família (ESF).

Conforme Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018,) há três projetos em disputa bem demarcados no âmbito do SUS, a saber: o da Reforma Sanitária, que embasou a construção do sistema que hoje contamos de caráter, público, universal e democrático; o Privatista de articulado com os interesses do capital; e o da reforma sanitária flexibilizada, que embasa o discurso do “SUS possível” em meio a conjuntura.

O projeto de Reforma Sanitária que tem como base o estado democrático de direito vem sendo extremamente atacado, tendo como contraponto o Privatista, este baseado na política do Estado mínimo, fortalecimento das parcerias público privadas e privatizações. É possível perceber nesse contexto a diminuição e/ou realocamentos dos gastos públicos direcionados para a saúde, a descaracterização da universalidade

inerente ao SUS e fortalecimento da focalização das ações e serviços ofertados por ele para população.

A Reforma Sanitária Flexibilizada, consolida-se nos governos petistas, conforme Bravo (2013), e que segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), traz a ideia do “SUS possível” o que seria um rebaixamento da ideia inicial do Projeto de Reforma Sanitária, na medida em que o “SUS Possível” é baseado em concessões que contrariam os interesses das/os trabalhadoras/es e o pleno acesso ao direito à saúde por parte da população. Ainda baseada nas autoras, podemos ratificar que marca um período em que os governo (Partido dos/as Trabalhadores/as) ao mesmo tempo que retoma princípios do projeto de Reforma Sanitária, escanteada nos anos 1990, no entanto, também fortalece a política de privatizações com aberturas que acarretou impactos no SUS enquanto política pública e de Estado.

Nesse processo de pensar a saúde para além da doença, a Conferência de Alma Ata de 1978, chamada de Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, foi considerada um marco no que diz respeito à atenção primária no mundo, impulsionando mudanças na organização do sistema de saúde no Brasil, e estimulando a luta por melhorias no sistema de saúde. Tendo, nos anos 2000, no Brasil, instituída a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que passou por mudanças em 2017. Dentre as alterações dessa está a equiparação à “Atenção Primária” ao termo “Atenção Básica”, a qual é caracterizada então como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que visa a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (BRASIL, 2017).

No sentido de desenvolver esse conjunto de atividades no âmbito individual e coletivo com vistas a ampliar a abrangência e a finalidade das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade, foi criado o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), em 2008, por meio da portaria 154 de 24 de janeiro. O NASF-AB em sua configuração inicial era constituído por uma equipe de profissionais de diversas áreas do conhecimento que atuam em conjunto com as Equipes de Saúde da Família (ESF) visando ampliar a resolutividade das ações na APS, esta equipe sendo composta pelos gestores municipais junto às Equipes de Saúde da Família (ESFs), mediante critérios de prioridades identificadas a partir de necessidades locais.

No governo de Michel Temer<sup>3</sup> ocorreram mudanças também na Política de Saúde Mental comprometendo as conquistas da Reforma Psiquiátrica ocorridas até então, e ainda com incentivo de investimento às comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos. Além de intensificação do SUS subordinado ao mercado e aos interesses do capital com a conseqüente diminuição daquele, têm-se a redução do financiamento, isso se deu principalmente por meio da Emenda Constitucional 95/2016 que versa sobre o congelamento dos gastos públicos no campo da Saúde e Educação por cerca de 20 anos. Medidas essas que no Governo do presidente Jair Messias Bolsonaro só aceleraram, trazendo mudanças severas pra diversos setores da saúde, a exemplo do novo financiamento da APS e com ações de informatização sem por vezes considerar as realidades locais.

Dentre os impactos ocorridos a partir de 2016, que afetam diretamente a gestão no campo da atenção básica estão: o fim do Programa Mais Médico, o qual tinha possibilitado mais acesso por parte dos/as usuários/as do SUS a profissionais capacitados/as para o atendimento em locais por vezes de difícil acesso; e definição de carteira de saúde voltada para o cuidado individual, pelo governo em 2019, por meio de uma consulta pública, essa decidida sem a devida consideração do Conselho Nacional de Saúde(CNS), o qual como reação emite recomendação para diversos setores, dentre eles o Congresso Nacional, Conselho Nacional do Ministério Público e aos conselhos estaduais e municipais com vistas a alertar quanto a uma decisão que não havia sido passada por ampla discussão e que já haviam pontuado em reunião que fosse considerado nas pautas de discussão o tema “Sistema Universal de Saúde e a ameaça da cobertura universal”(CNS, 2019).

Tal cenário mostra o quanto em contexto desse governo de extrema direita tivemos a desconsideração das instâncias de poder e decisão que inclui diretamente a participação da sociedade, a exemplo dos conselhos consultivos e deliberativos das políticas públicas, garantidos na regulamentação da política no Brasil, nesse Caso o Conselho Nacional de Saúde.

---

<sup>3</sup> Empossado em meados de 2016 após golpe político que culminou no *impeachment* da presidenta eleita Dilma Rousseff. O governo do Temer foi até 2018.

Vale destacarmos que esses impactos e alterações nas políticas sociais no Brasil não estão deslocadas dos acordos internacionais do grande capital, ao atentarmos ao relatório de 2017 do Grupo Banco Mundial denominado “Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil” temos as recomendações sobre a área da saúde. O Banco Mundial propõe “Reformas do setor de saúde para aumentar a eficiência, a equidade e a economia fiscal” (BANCO MUNDIAL, p.118-119), sendo elas no campo da saúde:

Racionalização da rede de prestação de serviços, especialmente a rede hospitalar, para atingir um melhor equilíbrio entre acesso e escala (eficiência)[...] Estudos apontam para ganhos de eficiência alcançados por modelo de gestão hospitalar baseados em Organizações Sociais.

-Incentivar o aumento da produtividade dos profissionais de saúde. Isso exigiria implementar políticas de remuneração vinculadas a qualidade e ao desempenho, como pagamento por desempenho [...] A nível primário de atenção aumentar a produtividade também vai exigir um aumento da força de trabalho, não apenas médicos. Evidência anterior demonstra que o Brasil poderia aumentar seu nível de cobertura pré-natal, com o mesmo nível de gastos, caso adote-se um processo de produção mais intensivo em profissionais de enfermagem do que em médicos.

-Redução dos gastos tributários com saúde: Gastos tributários representam 30.5% dos gastos federais em saúde concentrados em descontos no IRPF (R\$9.6 bilhões ano) e hospitais filantrópicos (R\$7.4 bilhões ano).

E ainda, “Reforma dos sistemas de pagamento dos prestadores de serviços de saúde para melhor refletir os custos dos serviços e focar nos resultados de saúde” [...] Mudança de sistema AIH/SAI para o sistema Grupo de Diagnósticos Relacionados (ou *Diagnostic-RelatedGroup, DRG*) (BANCOMUNDIAL,2017,p.119), este já utilizado em países como Estados Unidos, Portugal e que faz uso de inteligência artificial com o intuito de diminuir custos, no Brasil é utilizado pela rede privada, e faz parte da lógica gerencial, ou seja, ações do mercado com vistas ao cumprimento de metas, em que os serviços públicos são postos para acesso visando a quantidade, sem necessariamente prezar pela qualidade e resolução de fato das questões que envolvem o processo de saúde-doença.

O resultado do relatório ainda aponta no campo da saúde a disparidade de atendimento e ineficiência do trabalho da categoria de médicos/as, no entanto a recomendação para aumento do número de trabalho não é para essa categoria, mas sim para enfermeiros/as citando que estes podem fazer outras atividades, a exemplo de receitar os/as usuários/as. Dado que nos revela também o quanto determinadas

categorias são afetadas de forma diferenciadas, questão que reverbera em todos os níveis de atenção.

Nesse contexto de desmontes, na Portaria de nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, no art. 9º versa que, “O financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) será constituído por: capitação ponderada; pagamento por desempenho; e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019). Forma de financiamento que ignora as necessidades de saúde da população, direcionando de forma focalizada os recursos. Além de desconsiderar a totalidade exigida, as dimensões demográficas, epidemiológicas, territoriais, e socioeconômicas, conforme consta no arcabouço jurídico que versa sobre o SUS, a saber: Constituição Federal, a Lei Orgânica da Saúde 8080/90 e decreto 7.508/2011. Financiamento que estimula, conforme Canut, et al (2022, p.03),

um ‘SUS operacional’, este voltado para as questões gerenciais apenas para quem está na base de cadastros realizados pelas secretarias municipais, afetando seu princípio de universal, sendo ofertado ‘a conta gotas’, de seu princípio universal, abrindo espaço para o capital privado ocupar o lócus da virtude histórica construída pelo setor público nos 33 anos de SUS: a APS.

Ainda segundo Canut, et al (2022, p.4) “A perda de recursos para o SUS com a EC95, desde 2018 até 2020, registra o valor de R\$ 22,5 bilhões. Certamente, esse contexto fragiliza a possibilidade de dar sequência a uma APS construída ao longo da implementação do SUS”. Até 2017 o financiamento/ repasse ocorriam pelos seguintes blocos: Assistência farmacêutica, atenção básica; gestão do SUS; Investimento; Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; e vigilância em saúde.

A partir de 2018 o repasse se dá em dois blocos: custeio e investimento. Em custeio ficando: Apoio financeiro extraordinário (2018); Assistência farmacêutica, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, atenção especializada, atenção primária, Gestão do SUS e Vigilância em Saúde. No Grupo Investimento: assistência farmacêutica; atenção especializada; atenção primária; Gestão do SUS, vigilância em saúde. A partir de 2020 em virtude da condição de pandemia do novo coronavírus entrou o item de CORONAVÍRUS(COVID19) permanecendo até 2021.

Há um discurso que a partir do Programa Previne Brasil houve um aumento do repasse para os estados e municípios, inclusive, com base nos dados oficiais o Secretário Nacional de Atenção Primária à Saúde do Governo Bolsonaro, Raphael

Camara Medeiros Parente. O referido secretário teve direito de resposta no Caderno de Saúde Pública, edição 2022, em virtude do texto “*Análise Crítica sobre a Implantação do Novo Modelo de Alocação dos Recursos Federais para Atenção Primária à Saúde: Operacionalismo e Improvisos*” de Áquilas Mendes, Mariana Alves Melo e Leonardo Carnut, por tecerem críticas ao novo modelo de financiamento. Na carta de resposta apontou o seguinte:

De **caráter militante e não técnico**, nem sequer se preocupa em disfarçar sua intenção ao usar construções absolutamente inadequadas no âmbito acadêmico, tais como: “o auge do seu projeto, que em termos analíticos pode-se intitular de neofascistizante” (p. 2); “pela irresponsabilidade sanitária em 2021, que foi iniciado quase sem recursos programados no orçamento do Ministério da Saúde para enfrentamento da COVID-19” (p. 3); “com o golpe institucional de 2016 e acrescido do governo neofascista Bolsonaro, mantém-se esse baixo nível de comprometimento do PIB com o SUS” (p. 4); “logo, esse perverso mecanismo de intensa burocratização, que rememora o mais tenebroso passado militar” (p. 11); “demonstrando o poder da mobilização neofascista do governo Bolsonaro” (p. 11), entre muitas outras(PARENTE, 2022, p.01, grifos do autor).

Daqui, em especial nos destaques realizados, podemos tirar algumas considerações, no entanto destacamos que são tempos de controle também das reflexões que realizamos no âmbito da academia ao refletir sobre a execução de políticas públicas, e até mesmo de exercício do controle social por meio de espaços como a universidade.

O secretário ainda cita em sua carta ao falar do financiamento da atenção básica no governo atual o seguinte:

É importante dizer que o financiamento da atenção primária no governo do presidente Bolsonaro aumentou de **R\$ 17 para mais de R\$ 25 bilhões por ano**. Que nosso governo criou a Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (SAPS/MS), na qual sou o secretário, tomando em realidade o discurso de que a atenção primária é prioritária. Nos governos anteriores, era uma diretoria com muito menos poder atrator de recursos. (...)O Previner Brasil tem como nosso compromisso que nenhum município do Brasil perderá recurso quando comparado com o programa anterior, e nenhum perdeu. **É nosso compromisso aumentar de quem fizer seu dever de casa**, e todos os municípios do Brasil tiveram aumento em 2020, 2021 e já em 2022(PAPARENTE, 2022, p.01, grifos nossos).

Diante de tal afirmativa, buscamos dados de repasse de recursos para atenção básica à saúde para os municípios brasileiros entre 2016 e 2021, considerando os novos blocos de financiamento, os quais se apresentam da seguinte forma:

**Quadro 01:** Repasse de recursos para os municípios no campo da Atenção Básica por meio do Governo Federal de 2016 a 2021.

| ANO  | VALOR LÍQUIDO               | MODALIDADE/BLOCO    |
|------|-----------------------------|---------------------|
| 2016 | R\$ 16.734.039.702,63       | Bloco único         |
| 2017 | R\$ 17.216.492.935,64       | Bloco único         |
| 2018 | R\$ 21.340.266.109,91       | Custeio             |
|      | <b>R\$ 2.209.278.590,05</b> | <b>Investimento</b> |
| 2019 | R\$ 23.570.086.542,82       | Custeio             |
|      | <b>R\$ 1.141.948.630,25</b> | <b>Investimento</b> |
| 2020 | R\$ 24.100.373.028,07       | Custeio             |
|      | <b>R\$ 534.422.153,33</b>   | <b>Investimento</b> |
| 2021 | R\$ 29.867.527.131,91       | Custeio             |
|      | <b>R\$ 830.257.218,51</b>   | <b>Investimento</b> |

Fonte: Consulta FNS- Elaboração própria.

Cabe pontuar que nosso tempo não nos permitiu checar a destinação por estado e/ou município, nem seria a proposta, no momento. Percebemos no quadro que, de fato, houve um repasse superior aos anos anteriores, no entanto não é deixado explícito, por meio do bloco de custeio que é possível a contratação de serviços, a exemplo do de informatização para o campo da atenção básica, que por mais que não fosse uma iniciativa direta nos municípios pela união, foi posta a condição de recebimento e incentivos, a partir de 2019, especificamente, 11 de novembro, por meio da portaria nº 293 do Ministério da Saúde é instituído o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde- Informatiza APS, o que de certa forma obrigava que os gastos dos municípios fossem com serviços de tecnologia. Esses contratados a altíssimos custos de maneira a beneficiar grandes empresas, enquanto o bloco de investimento, que seria o de melhoria, mas não só, da estrutura das unidades de saúde foi reduzido, como podemos observar no quadro, havendo um pequeno aumento em 2021.

Ainda em relação à fala do secretário, não deixa explícito que em 2019 foi criada a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) serviço que vem intensificar a descaracterização da proposta da atenção básica à saúde, que até então tinha sofrido menos impacto no que diz respeito ao mercado, e a partir dela, mas não só, a mercantilização tem se feito presente, pois, por meio da ADAPS permissivos como contratação de empresas para prestação de serviços e formação nesse âmbito têm sido frestas para possibilidades de expansão da privatização e terceirização. Fato que

podemos observar, criticamente, que o aumento de recursos não se deu na intenção de fortalecer esse campo, se fosse não teríamos, por vezes, ter que tecer parcerias com a iniciativa privada em troca de reformas e/ou construções de unidades de saúde para fortalecer o ensino e serviço de instituições privadas em diversos municípios do Brasil. Não teríamos ainda ter que usar dos serviços de profissionais em formação, a exemplo dos/as residentes para preencher lacunas de profissionais nas Unidades Básicas de Saúde. Assim como, teria impactado no percentual de cobertura da Atenção Básica no Brasil, que segundo dados do E-gestor em 2016 tínhamos 74.14% de cobertura, em 2020 o ano fechou com uma cobertura de 76,19%, vale salientar não há registros no E-Gestor de 2021.

**Quadro 02:** Cobertura da Atenção Básica no Brasil de 2016 a 2020.

| Ano  | Cobertura da Atenção Básica |          |
|------|-----------------------------|----------|
|      | Janeiro                     | Dezembro |
| 2016 | 73.48%                      | 74.14%   |
| 2017 | 72.98%                      | 74.62%   |
| 2018 | 75,19%                      | 74,58%   |
| 2019 | 74.31%                      | 74.76%   |
| 2020 | 75.43%                      | 76.08%   |

Fonte: Dados do Departamento de Saúde da Família – DESF, elaboração própria.

Usamos como parâmetro o primeiro e último mês de cada ano. Observamos que o aumento da cobertura da atenção básica nesse período do governo em curso foi de 1,32%, ínfimo, quando a destinação de recursos antes mencionada, o que deixa nítido para nós que a alocação de recursos não está sendo no sentido de o serviço ser ampliado de forma significativa para a população. Em julho de 2007 a cobertura era de 41,70%, no fim de 2015 fechou em 73,66%, com uma média de crescimento de aproximadamente 4% a cada ano, o que significa que por mais que tenha havido aumento nos recursos nos últimos anos houve uma diminuição no aumento da taxa de cobertura, e conseqüentemente de acesso por parte da população. Isso nos sinaliza, o quanto é importante analisarmos criticamente os números que por vezes nos são apresentados.

Ainda temos, a partir do Programa Previne Brasil, ameaças direta às equipes multiprofissionais no modelo pensado ao ser criado o NASF. A Portaria referenciada acima aponta um modelo alternativo chamado Equipe de Atenção Primária (EAP), composta apenas por médico/a e enfermeiro/a. Além de desconsiderar o incentivo para os NASF-AB, o que subtrai dos municípios os recursos federais que custeavam as equipes, ficando agora a responsabilidade desses custearem dentro das “escolhas” de uso dos recursos do novo financiamento. As mudanças desse modelo, previstas para abril de 2020, foram suspensas em virtude do contexto pandêmico.

Esse cenário de rebatimentos negativos no trabalho dos/as profissionais das equipes multiprofissionais, mesmo com o adiamento, já no início de 2020 houve significativas alterações tanto nos perfis das equipes como também no desmembramento das que estavam em curso, pois em vários municípios do Brasil, muitos/as profissionais que eram ligados/as às equipes foram demitidos/as e quando concursados/as realocados/as para serviços ambulatoriais, devido muitos gestores municipais não assumirem a responsabilidade financeira de custear o trabalho que vinha sendo desenvolvido, o que impactou diretamente a proposta inicial do NASF-AB, quando foi idealizado para contribuir na resolutividade, e longitudinalidade do cuidado. Além disso, os direcionamentos do Programa Previne Brasil se apresentam enquanto uma ameaça aos princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS.

Somando-se a esse contexto de desmonte da APS, em 27 de outubro de 2020 foi lançada a Portaria 10.530/2020 dispendo sobre a qualificação da política de fomento ao setor de Atenção Primária no âmbito de programa de parcerias e investimentos, ou seja, visando parcerias com iniciativas privadas para execução de serviços, algo também posto sem considerar consulta e deliberação do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Após pressão popular a portaria foi revogada, no entanto os ataques não cessaram.

A equipe multiprofissional pensada enquanto NASF-AB deve atuar dentro das diretrizes da APS, como: “ação interdisciplinar e intersetorial, educação permanente em saúde dos profissionais e da população, desenvolvimento de ações no território, integralidade, participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização” (BRASIL,2010, pág.07).

## 2. APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS

Diante da realidade abordada o não podemos perder do campo de análise que em contexto de constantes crises do capital os direitos sociais são constantemente atacados, sentindo a classe trabalhadora os impactos da ausência do Estado. Na política de saúde estamos vendo a regulamentação de “Saúde direito de todos e dever do Estado” por meio da Constituição Federal de 1988 sofrendo constantes desmontes, os quais vão de encontro aos princípios e diretrizes conquistados por meio da luta com a Reforma Sanitária iniciada nos anos 1970.

Percebemos a partir de 2016 no Brasil esses ataques serem regulamentados com o aval dos poderes Legislativo e Executivo, com medidas de contenções de gastos, a exemplo da Emenda Constitucional nº95 de 2016 que tem estagnado os investimentos na área da saúde, sem considerar os movimentos da realidade e de crescimento da população e conseqüentemente de mais demandas nessa área. Dentro desses desmontes e ataques ao projeto de Reforma Sanitária, a Atenção Básica à saúde se torna um alvo, resultado inclusive de indicações de organismos multilaterais, a exemplo do Banco Mundial, com diminuição de investimento, alteração na forma de financiamento.

Um chamado que se faz necessário nesse cenário é a luta coletiva, a qual precisa ser constante, nessa conjuntura, em especial no Brasil de investida sem cessar dos setores privados pela mercantilização da saúde, a buscar brechas para se apropriar do fundo público, do recurso que poderia ser destinado para melhoria da qualidade de vida da população no âmbito de todas as políticas sociais, as quais tivemos como exemplo do qual são importantes, a exemplo do SUS que em tempos de pandemia foi um aporte muito significativo para lidar com os agravos ocasionados pela Covid 19, assim como no processo de imunização da população por meio de seu Programa de Imunização que é modelo no mundo.

Por fim, mas com anseio que seja continuação de inquietações, destacamos a ameaça constante de mitigação de propostas, a exemplo do NASF-AB, no âmbito da atenção básica, que têm como direção a gestão e assistência nesse nível de atenção à saúde de maneira a impactar diretamente na perspectiva de totalidade que envolve o processo de saúde-doença.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Anotações sobre o capitalismo recente e a reestruturação produtiva no Brasil.** In: ANTUNES, Ricardo; SILVA, Maria Aparecida Moraes. O avesso do trabalho. Pág.13-24. 2.ed. São Paulo, 2010.

BANCO MUNDIAL. **Um ajuste justo:** análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. 2017. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/pdf/121480-REVI SED-PORTUGUESE-Brazil-Public-Expenditure-Review-Overview-Portuguese-Final-revised.pdf> Acesso em 07 de setembro de 2022.

BRASIL. Constituição Federal. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Previne Brasil.** Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/componentesfinanciamento/>. Acesso em 07 de setembro de 2022.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080/1990 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 06 de maio de 2019.

\_\_\_\_\_. Portaria MS 1.065 de 04 de julho de 2005. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. Disponível em: [https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-1065-2005\\_193052.html](https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-1065-2005_193052.html). Acesso em: 19 de janeiro de 2020.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2436/2017, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em 27 de outubro de 2020.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Disponível em:** <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. acesso em: 20 agosto de 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Consulta Fundo Nacional de Saúde.** Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>. Acesso em: 12 de setembro de 2022.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 2.983, de 11 de novembro de 2019.** Institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS.**Disponível em:** <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.983-de-11-de-novembro-de-2019-227652196>. Acesso em: 12 de setembro de 2022.

\_\_\_\_\_. **Departamento de Saúde da Família – DESF. Cobertura da Atenção Básica. Disponível em:**

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.html>. Acesso em: 12 de setembro de 2022.

BRAVO, Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. **Saúde na Atual Conjuntura e os Desafios para o Serviço Social**. 10 agosto. 2019. 44 slides. Material apresentado para o I simpósio de Assistentes Sociais da Rede SUS de São Luís –MA. Disponível em: <http://www.cressma.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Sa%C3%BAde-na-Atual-Conjuntura-e-os-Desafios-para-o-Servi%C3%A7o-Social.pdf>. Acesso em: 15 de janeiro de 2020.

\_\_\_\_\_; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária**: elementos para o debate. In: *Saúde e Serviço Social*, 2004.

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

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. Biblioteca Básica de Serviço Social:v.2; 8.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CANUT, Leonardo; MELO, Mariana Alves; MENDES, Áquilas. **Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde**: operacionalismo e improvisos. In: *Cad. Saúde Pública* 2022.

Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-38-02-e00164621.pdf>. Acesso em 07 de setembro de 2022.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **RECOMENDAÇÃO Nº 035, DE 23 DE AGOSTO DE 2019**. Disponível em:

[https://drive.google.com/file/d/1qpYmzHgGQKG7aqmlM\\_GM3u2y8d3s3ZFx/view](https://drive.google.com/file/d/1qpYmzHgGQKG7aqmlM_GM3u2y8d3s3ZFx/view). Acesso em 07 de setembro de 2022.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

PARENTE, Raphael Camara Medeiros. **Realidade da atenção primária do Brasil: nunca houve tantos recursos como no governo Bolsonaro**. *Cad. Saúde Pública* 2022; 38(6):e00100622. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/x9Rcgkv5LPfCNHVVdxn4G7w/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10 de setembro de 2022.