

Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS: mudanças institucionais em curso no cenário pós-2016

Primary Health Care within the scope of SUS: ongoing institutional changes in the post-2016 scenario

Rogério Pinheiro Nunes¹, Alfredo Chaoubah²

ARTIGO DE REVISÃO – Recebido: agosto de 2021 – Aceito: outubro de 2021

RESUMO

A austeridade fiscal imposta pelo Estado Brasileiro às políticas sociais a partir da Emenda Constitucional nº 95/2016 direciona um conjunto de mudanças organizacionais no interior da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. A fim de respeitar o novo regime fiscal, a desestruturação das políticas públicas de saúde no campo da atenção primária se evidencia em alguns fatos aqui selecionados: a nova organização da Política Nacional de Atenção Básica; a desconstrução do Programa Mais Médicos; a criação do Programa Previne Brasil; e as propostas privatistas do Programa Médicos pelo Brasil e da Adaps. O estudo percorre as mudanças normativas na organização da Atenção Primária, explorando o contexto político pós-2016 para sua compreensão. Tem na matriz de Mahoney e Thelen o caminho para reconhecer e tipificar as mudanças das regras institucionais em curso, ainda que algumas não tenham sido efetivamente implantadas, mesmo que normatizadas. Reconhece-se que as mudanças vêm ocorrendo de forma gradual, sem a ruptura completa de uma regra por outra, mas por desvio, conversão e sobreposição entre as regras já existentes, com conseqüente enfraquecimento da política pública e evidências de uma corrente privatista em seu interior. E faz-se um alerta: as mudanças, ainda que graduais, podem produzir transformações de maior dimensão e de difícil reversão ao longo do tempo.

PALAVRAS-CHAVE: Política de saúde. Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The fiscal austerity imposed by the Brazilian State on social policies from Constitutional Amendment No. 95/2016 directs a set of organizational changes within the Primary Health Care within the scope of the Unified Health System. In order to respect the new fiscal regime, the disruption of public health policies in the field of primary care is evidenced in some facts selected here: the new organization of the National Primary Care Policy; the deconstruction of the Mais Médicos Program; the creation of the Prevent Brazil Program; and the privatist proposals of the Doctors for Brazil Program and Adaps. The study covers the normative changes in the organization of Primary Care, exploring the post-2016 political context for its understanding. Mahoney and Thelen's matrix is the way to recognize and typify the changes in institutional rules in progress, even if some have not been effectively implemented, even if standardized. It is recognized that changes have been occurring gradually, without the complete rupture of one rule by another, but by deviation, conversion and overlapping between existing rules, with the consequent weakening of public policy and evidence of a privatist current within it. And there is a warning: changes, even if gradual, can produce larger transformations that are difficult to reverse over time.

KEYWORDS: Health policy. Unified Health System. Primary Health Care.

¹ Ministério Público de Minas Gerais (MPMG) / Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3270-0004>. E-mail: rnunesjf@gmail.com

² Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2459-9164>

INTRODUÇÃO

Em 2016 é firmado no Brasil, pela Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC-95)¹, um regime fiscal para o orçamento federal da Seguridade Social para um período de vinte anos. Alterou-se ainda a lógica de cálculo para a aplicação de recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS), transformando a então vinculação da receita corrente da União a um teto de gastos limitado ao índice da inflação, impedindo uma maior alocação de recursos, mesmo em cenários de crescimento econômico. Conhecida também como a Emenda do Teto dos Gastos, o novo regime fiscal traduz para as políticas públicas de saúde perdas de recursos que desafiam a organização e a sustentabilidade financeira do SUS.

No entanto, a decisão por uma nova ordem fiscal naquele momento não se deu ao acaso. Contextos econômico e político apontavam mudanças. O cenário fiscal brasileiro era marcado por um desequilíbrio das contas públicas, com uma dívida crescente. De 2013 a 2016, a dívida bruta do setor público brasileiro havia saltado 18,4 pontos percentuais, de 51,5% do PIB para 69,9%². E o cenário político do país também era conturbado. O ano de 2016 testemunhou o afastamento da presidente Dilma Rousseff e do Partido dos Trabalhadores (PT), depois de mais de uma década no poder, desde sua ascensão em 2003, com Luiz Inácio Lula da Silva. Retornam ao poder grupos políticos conservadores que passariam a conduzir uma agenda econômica em acordo à macroeconomia, aos ajustes fiscais e às reformas e redução do Estado. E a ordem neoliberal evidenciou-se já no Governo Michel Temer (2016-2018), até então vice-presidente pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), hoje denominado Movimento Democrático Brasileiro (MDB), na coalização presidencial, e que assumiu o país no processo sucessório pós-*impeachment*. Já nos primeiros meses de seu governo definitivo, é promulgada a EC-95. Na eleição seguinte, o país ainda elegeria Jair Bolsonaro (2019-atual), que daria sequência à política neoliberal.

Em um cenário de desmonte do Estado de bem-estar social, várias políticas de saúde são objeto de um conjunto de mudanças. No campo da saúde pública e coletiva, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a que, talvez, vem sofrendo um maior conjunto de mudanças em sua organização, cujos desmontes e desestruturações versam contrariamente às propostas de um sistema nacional de saúde, universal e equânime, cuja lógica do cuidado em saúde é orientada pela APS.³

E é em meio a esse contexto político e fiscal brasileiro, entre os 2016 e 2020, que se desenvolve este estudo, com o intuito de apontar e analisar as mudanças na organização da APS em decorrência de uma política fiscal de cortes de gastos e redução do Estado. Tem-se como abordagem o institucionalismo histórico, que, em uma de suas concepções, julga importante o contexto político no qual estão inseridas as mudanças, que, ainda que graduais, podem, ao longo do tempo, produzir transformações de maior

dimensão e construir uma barreira social e política à inversão da lógica em curso.

MATERIAL E MÉTODO

O institucionalismo é uma corrente de estudo das Ciências Sociais que busca explicar a sociedade por meio das instituições, as quais são entendidas como “procedimentos, protocolos, normas e convenções oficiais e oficiosas inerentes à estrutura organizacional da comunidade política ou economia política.”⁴ Dentre suas correntes de pensamento, encontra-se o institucionalismo histórico, que busca compreender as mudanças institucionais por intermédio do processo histórico, ao mesmo tempo em que lança seu olhar sobre o contexto político no qual se inserem as instituições. As assimetrias de poder em seu interior, ao final, determinam a condução das regras e seu processo decisório. Ou seja, o contexto político reflete as preferências de grupos que se mostrarem mais fortes institucionalmente para alterar ou criar regras institucionais.

No entanto, o estudo não pretende fazer uma discussão sobre o institucionalismo histórico em sua concepção teórica ou empírica, mas compreender as mudanças em curso na APS utilizando-se de uma matriz de análise para tipificação das mudanças das regras, ou das instituições. Foram selecionados fatos, eventos ou acontecimentos que norteiam as mudanças das regras na organização e no financiamento da APS.

O recorte temporal escolhido parte do ano de 2016, momento importante do cenário político e fiscal brasileiro, marcado pela ruptura política na condução do Estado e pelo início de uma política de austeridade fiscal. O grupo político que assume o poder passa, então, a conduzir novas regras institucionais.

E partindo de uma ordem cronológica (2016 a 2020), o primeiro evento selecionado, embora não próprio da APS, mas condutor de suas mudanças subsequentes, ocorre no final de 2016, com a promulgação da EC-95,¹ um regime fiscal de grande impacto para as políticas públicas de saúde. A partir da nova ordem fiscal foram selecionados outros importantes eventos na reorganização e financiamento da APS, como: a revisão da PNAB, em 2017, com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.436/2017⁵; a saída dos profissionais médicos cubanos do Programa Mais Médicos no final de 2018, com o fim do acordo de cooperação técnica entre Brasil e Cuba⁶; a instituição do Programa Previne Brasil, em 2019, com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.979/2019⁷; a criação do Programa Médicos pelo Brasil, também em 2019, pela Lei Federal nº 13.958/2019⁸, em detrimento ao Programa Mais Médicos; e a instituição da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), em 2020, por meio do Decreto Federal nº 10.283/2020⁹.

O quadro 1 condensa os fatos, eventos ou acontecimentos selecionados no processo de mudança.

Quadro 1 – Mudanças na APS. Fatos, eventos ou acontecimentos selecionados, 2016-2020.

FATO, EVENTO OU ACONTECIMENTO	ATO/ANO
Novo regime fiscal	EC nº 95/2016
Revisão da PNAB	Portaria GM/MS nº 2.436/2017
Saída dos profissionais médicos cubanos do Programa Mais Médicos	Fim do acordo de cooperação técnica entre Brasil e Cuba, no final de 2018
Instituição do Programa Previne Brasil	Portaria GM/MS nº 2.979/2019
Criação do Programa Médicos pelo Brasil em detrimento ao Programa Mais Médicos	Lei Federal nº 13.958/2019
Criação da Adaps	Decreto Federal nº 10.283/2020

Fonte: elaborado pelos autores

A partir dos eventos selecionados, buscou-se identificar as formas ou tipos de mudanças institucionais¹⁰ que serviram de matriz de análise para o estudo. Essas mudanças institucionais sofrem impactos das regras, podendo ocorrer de diferentes formas: por Substituição; por Sobreposição; por Desvio; ou por Conversão³

Nas mudanças por Substituição, a alteração das regras remodela por completo a configuração institucional pré-existente. Substituem-se os preceitos antigos por novas regras em sua totalidade, sem transições graduais ou temporárias.

Nas mudanças por Sobreposição, não há a exclusão dos preceitos pré-existente. As mudanças se dão por adição de novas regras, sem, contudo, excluir os preceitos vigentes. Há, então, uma justaposição entre regras pré-existentes e novas regras introduzidas, que acabam convivendo cumulativamente no interior das instituições, ainda que temporariamente, podendo as regras antigas deixarem de existir ou não com o passar do tempo.

As mudanças por Desvio não se caracterizam por exclusão das regras, que, formalmente, permanecem tais como estabelecidas. No entanto, mudanças externas à instituição impactam ou impedem seu cumprimento. Ou seja, as regras, ainda que postas e vigentes, não são passíveis de cumprimento.

³ Em seu trabalho original em inglês, Mahoney e Thelen classificam as mudanças institucionais em *Displacement*, *Layering*, *Drift* e *Conversion*. Para este estudo, os termos receberam tradução livre em português para, respectivamente, *Substituição*, *Sobreposição*, *Desvio* e *Conversão*.

Por último, nas mudanças por Conversão as regras permanecem formalmente as mesmas, mas são reinterpretadas por atores que exploram suas ambiguidades, compreendendo-as de acordo com seus interesses. Permitem um novo entendimento sem que sejam revogadas. Novas regras podem surgir como consequência dessa ambivalência.

O quadro 2 aborda de forma sucinta as formas de mudanças institucionais em relação às regras e sua tipologia, como explanado.

Quadro 2 – Formas de mudanças institucionais

FORMAS DE MUDANÇA	EXCLUSÃO DE REGRAS ANTIGAS	OMISSÃO ÀS REGRAS ANTIGAS	NOVA INTERPRETAÇÃO DAS REGRAS ANTIGAS	INTRODUÇÃO DE NOVAS REGRAS
Substituição	Sim	-	-	Sim
Sobreposição	Não	Não	Não	Sim
Desvio	Não	Sim	Sim	Não
Conversão	Não	Não	Sim	Não

Fonte: elaborado pelos autores

RESULTADOS

As mudanças das regras institucionais que se encontram em curso na organização e financiamento da APS, considerada a matriz de análise de Mahoney e Thelen, manifestam-se de diferentes formas. Assim, são reconhecidos diferentes tipos de mudança em seus respectivos momentos, quais sejam, a EC-95, a nova PNAB, o Programa Mais Médicos, o Previne Brasil, o Programa Médicos pelo Brasil e a Adaps.

O primeiro fator de mudança ocorre em 2016 e se apoia na alteração da regra fiscal, introduzida pela EC-95, mas que não se refere a uma alteração da regra própria ao SUS ou à APS, mas propulsora das mudanças subsequentes. A partir de um novo regime fiscal, o cálculo do gasto público passou a considerar o índice da inflação para aplicação de recursos à saúde, e não mais a vinculação à receita corrente, que, ao final, traduz-se por cortes de gastos. Pode-se reconhecer nesse episódio uma mudança por Desvio da regra, já que a obrigatoriedade do financiamento das ações e serviços públicos de saúde não foi extinta, mas, sim, recebeu uma nova interpretação e aplicabilidade, conformada a uma regra maior, que foi introduzida pela política macroeconômica de ajustes fiscais do governo federal. Ou seja, a EC-95 representa a mudança externa que impacta na organização da APS. A regra da obrigatoriedade do

financiamento tripartite não foi excluída, mas desviada em sua aplicabilidade em relação ao recurso federal, cujos cortes orçamentários impactam na alocação de recursos ao SUS.

O segundo fato ou acontecimento representativo de mudanças institucionais na APS se apoia na revisão da PNAB realizada em 2017, que alterou sua estrutura organizativa, fazendo introduzir uma nova modalidade de organização, mais simplificada, por meio da composição das Equipes de Atenção Básica (eAB), sem que fosse extinta a modalidade multidisciplinar clássica das equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF). Reconhece-se, então, uma mudança do tipo Sobreposição. Ou seja, neste momento, ambas as regras convivem justapostas na organização dos serviços, fazendo com que ambas as modalidades de equipes de saúde coexistam na organização da APS, sem omissão, exclusão ou nova interpretação da regra já vigente.

O terceiro processo de mudança na APS se verifica no esvaziamento abrupto da força de trabalho do médico cubano no Programa Mais Médicos no final de 2018, fazendo surgir lacunas assistenciais em áreas até então supridas por estes profissionais. Declarações de Jair Bolsonaro contrárias ao sistema político cubano, inclusive em seu plano de governo ainda como candidato à cadeira presidencial, levou Cuba a romper o acordo de cooperação técnica que mantinha com o Brasil desde 2013, exigindo o retorno imediato de seus médicos que aqui atuavam no Programa Mais Médicos. Sob a perspectiva da saída dos médicos cubanos do programa, reconhece-se uma mudança institucional por Desvio da regra. Ou seja, não houve naquele momento a extinção do Programa Mais Médicos. Não houve uma alteração da regra ou um novo regramento em relação ao programa, mas uma nova interpretação pelas declarações do presidente brasileiro eleito.

O quarto acontecimento inerente à mudança na APS se deu quando da criação do Programa Previne Brasil, em 2019, no qual podem ser reconhecidas duas diferentes formas de mudanças: uma em relação à alocação de recursos, e a outra em relação às desvinculações de políticas multidisciplinares no interior da ESF. Na metodologia de financiamento das ações no campo da APS, observa-se que as regras da obrigatoriedade do financiamento por parte do governo federal não foram extintas nem omitidas. Poderia até se pensar em uma mudança por Desvio, seguindo a lógica aqui aplicada para a mudança provocada pela EC-95.

No entanto, para este evento, em relação à alocação do recurso para a APS, reconhece-se uma mudança por Conversão da regra porque, diferentemente do desvio causado pela EC-95, no Previne Brasil as regras de corte orçamentário já estavam postas ao SUS, devendo apenas serem ajustadas (ou convertidas) suas alocações em suas diferentes políticas de atenção à saúde. Dessa forma, com o Previne Brasil, uma nova interpretação da alocação do recurso extinguiu o cálculo *per capita* e passou a considerar a captação ponderada. Mas cabe destacar que essa nova forma de alocação de recurso vem sendo

prorrogada pelo Ministério da Saúde, não entrando ainda em vigor. Mas, considerando ser uma regra já estabelecida, sua análise foi importante para o entendimento das mudanças institucionais.

Mas quando se analisa a desvinculação não obrigatória de equipes multidisciplinares às ESF, como ocorreu com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), observa-se, a menos a médio prazo, uma Sobreposição da regra. Embora a condicionalidade de sua existência pese sobre os gestores municipais, a possibilidade de coexistência entre os dois modelos existe, com a manutenção ou extinção das equipes de NASF em diferentes municípios, ou mesmo entre diferentes equipes de ESF num mesmo município.

E o quinto e último acontecimento selecionado neste estudo encontra-se representado, conjuntamente, pela criação do Programa Médicos pelo Brasil e da Adaps, respectivamente nos anos de 2019 e 2020. Considerando a proposta de interiorização profissional do Programa Médicos pelo Brasil sem a extinção imediata do Programa Mais Médicos, verifica-se a possibilidade da coexistência dos dois programas em um primeiro momento. As diretrizes de um novo programa (o Médicos pelo Brasil) não fizeram excluir o programa anterior (o Mais Médicos). Assim, ambas as regras ainda estão vigentes, convivendo no interior da instituição. Com isso, a alteração da regra possibilita a coexistência dos dois programas até que o anterior seja totalmente extinto, reconhecendo-se, assim, uma mudança por Sobreposição das regras. Já na criação das Adaps, intrínseca ao Programa Médicos pelo Brasil, observa-se uma mudança por Desvio da regra. A Adaps é uma agência de direito privado que tem como objetivo a operacionalização do Programa Médicos pelo Brasil, inclusive na contratação dos profissionais. Vale lembrar que participação da iniciativa privada complementar ao SUS é permitida, ou seja, não há uma infração à regra, mas uma nova interpretação que favorece a privatização no interior da APS.

O Quadro 3 procura sintetizar os tipos de mudanças institucionais na APS selecionadas para este estudo, seus atos normativos e a forma como ocorre.

Quadro 3 - Mudanças selecionadas no interior da APS: tipos, atos normativos e como ocorrem

MUDANÇA	ATO LEGAL/NORMATIVO	COMO SE DÁ A MUDANÇA	TIPO DE MUDANÇA INSTITUCIONAL OBSERVADA
Novo regimento fiscal para Seguridade Social no âmbito da União	EC-95/2016	Favorecendo-se da nova proposta fiscal para alterar a regra do gasto público (de um valor mínimo em relação à receita corrente em saúde valor máximo para um valor máximo em relação à inflação)	Desvio
Revisão da PNAB	Portaria GM/MS nº 2.436/2017	Criando uma conformação mais simples para as equipes de saúde sem extinguir a conformação multidisciplinar	Sobreposição

(Conclusão)

MUDANÇA	ATO LEGAL/NORMATIVO	COMO SE DÁ A MUDANÇA	TIPO DE MUDANÇA INSTITUCIONAL OBSERVADA
Enfraquecimento do Programa Mais Médicos	Fim do acordo de cooperação técnica entre Brasil e Cuba	Saída dos médicos cubanos do programa	Desvio
Programa Previne Brasil	PT 2.979/2019	Alterando a forma de financiamento da APS (do cálculo per capita pela condicionalidade do cadastramento)	Conversão
		Desvinculação dos NASF às equipes de ESF	Sobreposição
Programa Médicos pelo Brasil e criação da Adaps	Lei 13.958/2019 (Programa Médicos pelo Brasil)	Criando um programa de interiorização de médicos sem extinguir o modelo anterior (justaposição do “Médicos pelo Brasil” com “Mais Médicos”)	Sobreposição
	Decreto 10.283/2020 (Adaps)	Favorecendo-se da regra que permite a participação privada no SUS para a criação de entidade privada para gerir o “Previne Brasil” e contratar médicos para o “Médicos pelo Brasil”	Desvio

Fonte: elaborado pelos autores

DISCUSSÃO

O estudo se utiliza de uma matriz conceitual para o entendimento das mudanças institucionais, sendo exploradas as mudanças das regras que orientam uma nova organização e uma nova forma de financiamento da APS. Contudo, a discussão que se faz não tem o objetivo de explorar o institucionalismo histórico em sua concepção, mas reconhecer no mapeamento temporal do estudo os tipos de mudança institucional que vem ocorrendo no interior da APS, em acordo à proposta de Mahoney e Thelen para as formas de mudança.

São discutidos, então, para melhor compreender as mudanças no interior da APS, cada um dos fatos ou eventos selecionados. E como o institucionalismo histórico utiliza-se também do contexto político em que se inserem as mudanças, a discussão permeia também a conjuntura política brasileira em meio aos ajustes fiscais.

No entanto, cabe destacar que, embora o estudo se desenvolva sobre um cenário neoliberal e de austeridade fiscal, as políticas neoliberais e de reformas do Estado baseadas em políticas de ajustes fiscais

não são pressupostos que surgem no país apenas em 2016, ponto de corte temporal deste estudo. Tomando o período de redemocratização do país (após o governo militar de 1964-1985), é a partir dos anos 1990, no governo Fernando Collor de Mello, que se iniciam os programas mais representativos de desestatização e de abertura de mercado, em consonância com as reformas neoliberais que se expandiram na América Latina, parametrizadas pelo Consenso de Washington e conduzidas pelo Banco Mundial. Assim, de Collor (1990-1992) a Bolsonaro (2019-atual), passando por Itamar Franco (1992-1994), Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), Dilma Rousseff (2011-2016) e Michel Temer (2016-2018), todos imprimiram continuidade ao processo neoliberal, ainda que distinções entre as intensidades adotadas por cada governo e suas consequências sociais e econômicas devam ser reconhecidas e consideradas.¹¹

Contudo, é em 2016 que ocorre uma grande mudança no processo político brasileiro, com a destituição do PT do poder, um governo progressista que se mantinha no governo por duas décadas e meia (2003-2016), após quatro vitórias eleitorais consecutivas. E o que chama mais atenção é que o PT é destituído pelos próprios grupos políticos até então seus aliados no processo de coalizão eleitoral, mas que, ainda assim, lideraram um processo de *impeachment* contra a então presidente Dilma Rousseff, reassumindo a cadeira presidencial do país. E é na visão de Tible¹² que vem a grande contribuição para o entendimento dessa articulação política, reconhecendo naquele movimento uma nova “linhagem” de golpe de Estado, cuja ameaça ao poder democrático das instituições se faz sem a intervenção das forças armadas, mas se utilizando das próprias instituições.

Esse processo já vinha se desenhando gradativamente no interior da arena política brasileira, e que ele apenas foi abreviado em 2016¹³. O PT já se distanciava de suas bases ideológicas e expunha seu isolamento e sua vulnerabilidade política frente à sua própria base parlamentar e de governo. De fato, a condução política e econômica do país já demonstrava que seguiria os rumos neoliberais e de austeridade fiscal, com destaque ao protagonismo do PMDB, que, além de ser governo na vice-presidência, constituía a maior representatividade na bancada parlamentar.

No campo fiscal, o cenário brasileiro pré-2016 era marcado por uma dívida pública crescente. O PMDB, na época governo de coalizão presidencial com o PT, é que se lança como protagonista na arena política na proposta de uma nova agenda fiscal para o Estado Brasileiro. O partido propunha um programa de “modernização do Estado”, reproduzido no documento “*Uma Ponte Para o Futuro*”¹⁴. Projetavam-se, já naquele momento, reformas e políticas de ajuste fiscal para o enfrentamento à crise fiscal e econômica e à dívida e despesas públicas. Um sinal claro da inclinação e da força política dos grupos que tomariam o governo pode ser reconhecido já quando da apresentação pela então presidente Dilma Rousseff de um projeto de lei que dispunha sobre medidas de equilíbrio fiscal, limite do gasto público primário e um teto

para gastos sociais¹³. Isto a apenas um mês da abertura do processo de seu afastamento presidencial, podendo ser reconhecido nesse ato institucional um precursor do novo regime fiscal que seria dado pela EC-95.

Com Michel Temer à frente da cadeira presidencial, até então vice-presidente pelo PMDB na coligação com o PT, primeiro de forma provisória durante o processo de *impeachment*, e, posteriormente, de forma definitiva após sua confirmação, observa-se, de fato, a mudança da condução política e fiscal do país, a velocidade da contrarreforma do Estado e o desmonte acelerado de conquistas sociais alcançadas pela sociedade brasileira. E é em seu governo (2016-2018), que é promulgado o austero regime fiscal imposto pela EC-95, que se traduz no congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais. A nova regra estabeleceu um teto de gastos por um período de vinte anos para as despesas primárias e a toda a seguridade social.

Um importante estudo¹⁵ avalia o impacto das regras fiscais disciplinadas pela EC-95 sobre a efetivação do direito à saúde no Brasil e destaca a ruptura na trajetória de consolidação do estado de bem-estar social no país e a precarização dos serviços públicos, segmentando o acesso entre o mercado privado e a judicialização para efetivação do direito à saúde, deixando à margem os mais vulneráveis.

No ano seguinte, 2017, iniciam-se ainda no governo Temer os retrocessos no interior da APS, a começar pela revisão da PNAB, sendo estabelecidas novas diretrizes para sua organização, cujas mudanças podem ser observadas principalmente na relativização da cobertura universal, na segmentação do acesso e na recomposição das equipes de saúde. O novo regramento da APS flexibilizou sua organização em diferentes arranjos assistenciais, e não mais somente na ESF, prioritária na organização da APS. Permitiu-se um modelo a partir de uma conformação apenas de profissionais médicos e de enfermagem, e não mais por equipes multiprofissionais, nem mesmo por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo essa modalidade de organização reconhecida como Equipes da Atenção Básica (eAB).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)⁽¹⁶⁾ apontaram que no ano de 2019, em comparação à 2013, houve um aumento do número de domicílios cadastrados pelas Equipes de Saúde da Família, o que pode, em um primeiro momento, suscitar um aumento da cobertura. No entanto, houve, ao mesmo tempo, um menor número de visitas mensais pelos ACS, além do aumento no número de domicílios que nunca haviam sido visitados por esses profissionais num período de um ano ou mais, o que pode ser um indicativo da desestruturação da organização da APS que tinha como prioritária a ESF.

A PNAB estabeleceu ainda a necessidade de uma definição de um escopo de serviços a serem ofertados na APS para a garantia da coordenação do cuidado e da ampliação do acesso, o que gerou em 2019 a criação pelo Ministério da Saúde de uma Carteira de Serviços da APS, mas que ainda, na prática, não tenha sido colocada em prática. No entanto, mais que qualidade e eficiência no cuidado, a carteira

possui foco em aspectos econômicos, alinhada à política de austeridade fiscal vigente, à restrição de direitos sociais e à destruição da seguridade social, servindo de instrumento para estabelecer contratos com o setor privado¹⁷.

Retornando, então, nosso percurso cronológico ao ano de 2018, questões político-ideológicas levantadas pelo governo brasileiro levariam ao fim o acordo de cooperação técnica entre Brasil e Cuba no provimento de seus profissionais médicos para atuarem no Brasil no Programa Mais Médicos. O programa, desde sua criação em 2013, era alvo de críticas e resistência por parte de entidades médicas. Mas a partir de uma nova direção política do Estado brasileiro confirmada nas eleições presidenciais de 2018 e de declarações de Jair Bolsonaro à formação dos médicos cubanos que integravam o Programa Mais Médico e ao sistema político de Cuba, o governo cubano requereu à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), responsável pela intermediação do acordo, o fim da parceria com o governo brasileiro, ordenando o retorno imediato de seus quase 8.500 médicos, que representavam naquele momento cerca de 47% da força de trabalho dos 18 mil médicos inseridos no programa⁶.

O Programa Mais Médicos tinha como objetivo diminuir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde no país, influenciadas pela carência e má distribuição geográfica de profissionais médicos, persistente ao longo do tempo e resistente às mais variadas estratégias adotadas para seu enfrentamento. Estudo¹⁸ destaca ações em outros tempos e de outros governos na tentativa da interiorização da força de trabalho médico no país, destacando o Projeto Rondon e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) durante o período militar (1964-1985), mas também outros programas já na vigência do SUS, como o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus), em 1993, no governo Itamar Franco; o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), em 2001, no governo Fernando Henrique Cardoso; e o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab), em 2011, já no governo Dilma Rousseff.

O Provab, que foi a tentativa anterior ao Programa Mais Médicos de minimizar o cenário desigual na distribuição da força de trabalho médica no país, tinha como objetivo levar médicos recém-formados a regiões carentes, ou a áreas de difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade.¹⁹ No entanto, entre 2011 e 2013, menos de 30% das 13 mil vagas disponibilizadas pelo Provab foram preenchidas²⁰, ou seja, um provimento de menos de 4 mil profissionais médicos. Por outro lado, o Programa Mais Médico, que almejava atrair 18 mil médicos, já contava em seu primeiro ano (2013-2014) com mais de 14 mil profissionais, atuando em mais de 3.700 municípios brasileiros²¹.

Paralelamente às ações e tentativas de privatização no SUS, a APS vem sofrendo sucessivos cortes orçamentários. Em 2019, já no governo Bolsonaro, é lançado o Programa Previne Brasil, que alterou a forma de financiamento da ESF, em que a alocação do recurso do cálculo *per capita* do Piso de Atenção

Básica (PAB) não mais seria a forma de repasse federal, mas, sim, a captação ponderada. Essa captação consiste no cadastramento pelos municípios de toda sua população na ESF como condicionalidade para o recebimento do recurso federal em sua totalidade prevista. No entanto, embora seja o SUS um sistema universal, nosso sistema de saúde se conforma como misto, havendo também o segmento privado, representado pela Saúde Suplementar. Com isso, há uma parcela da população que não se utiliza dos serviços na APS, que, a princípio, não comporia o cadastro, e reflete, ao final, em menos recurso para custeio dos serviços.

Outro grande revés provocado pelo Previner Brasil foi o fim da vinculação entre os Núcleos de Apoio à Família (NASF) e as equipes da ESF, o que faz romper a lógica do modelo multiprofissional na APS. O NASF fora criado em 2008 e se constituiu como uma estratégia inovadora no apoio, ampliação e aperfeiçoamento da gestão da saúde na APS. Constituem-se por equipes compostas de diferentes áreas de conhecimento (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais ou outras), atuando de maneira integrada com os profissionais da ESF (médicos, profissionais de enfermagem e ACS, e no caso das Equipes de Saúde Bucal, dentistas, técnicos e auxiliares). No entanto, a partir do novo direcionamento à política de atenção básica pelo Programa Previner Brasil, o governo federal não mais credenciaria novas equipes de NASF e deixaria de financiar as já existentes, deixando a cargo de gestores municipais sua manutenção como política de atenção básica. Emite-se um alerta de que, a médio prazo, os NASF serão totalmente extintos, já que os municípios, sem uma política financeira federal de incentivo, somada aos cortes pela lógica da captação, não suportariam sua manutenção²².

Em 2019, é instituído pelo governo Bolsonaro o Programa Médicos pelo Brasil. Seu objetivo é substituir gradativamente o Programa Mais Médicos. A proposta ainda não foi colocada em prática, muito devido aos contratempos trazidos pela pandemia da Covid-19. Mas ainda que ambos os programas tenham o objetivo comum de aumentar o número de médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade, diferenciam-se em outros aspectos importantes.

O Programa Mais Médicos, mais que a provisão da força de trabalho médico, objetiva também a formação profissional da prática médica, o conhecimento da realidade da saúde da população brasileira, o fortalecimento da política de educação permanente e a integração ensino-serviço, além de promover reformas e ampliações da Unidade Básicas de Saúde (UBS). Voltou-se também para os parâmetros para a formação médica no país e para a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas de residência médica. Ou seja, o programa não objetiva somente a resolução de questões emergenciais, como a melhor distribuição da força de trabalho e o aumento da cobertura assistencial, mas também criar condições para sua sustentabilidade e continuidade. Por outro lado, o Programa Médicos pelo Brasil, criado para sucedê-lo, não se apresenta como uma política de continuidade a esses eixos tratados pelo Mais Médicos,

embora tenha uma importante proposta voltada à carreira médica para a atuação na APS. Se no Mais Médicos, os profissionais eram bolsistas do programa em um período máximo de três anos e sem vínculo trabalhista de qualquer natureza, no programa Médicos para o Brasil há a previsão de vínculo pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o que, à primeira vista, representa um avanço frente à precarização dos contratos de trabalho no SUS. Contudo, não apresenta outros elementos que possam contribuir para a fixação desses profissionais no território, nem mesmo para evidências de qualificação da assistência ou o aumento do número de 18 mil profissionais já previstos no Programa Mais Médicos. Assim, corre-se o risco de o programa atrair apenas profissionais que já se encontram trabalhando na APS, sejam aqueles atualmente vinculados ao Programa Mais Médicos, sejam aqueles com contratos precários com os municípios²³. Ou seja, apenas provocaria uma migração profissional de um programa para outro ou de uma parcela de profissionais com contratos temporários com os municípios. Neste sentido, considera-se frágil a política proposta pelo Médicos pelo Brasil, de apenas provisão de profissionais, sem expansão da oferta de trabalho e sem inovação quanto a seus aspectos estruturais e organizacionais.

Outro eixo tratado no Programa Médicos pelo Brasil e que abre um importante debate sobre a privatização dos serviços no SUS é a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), uma entidade de direito privado que será responsável para operacionalização do programa. Transferem-se para o setor privado a contratação dos profissionais médicos e a gestão da APS, o que favorece a privatização no interior da mesma.

Cabe ainda destacar que o projeto privatista no interior do SUS também se mostrou evidente na proposta do governo Bolsonaro quando, no final de 2020, propôs-se a inclusão das UBS no Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República²⁴. Assinado pelo Presidente da República Jair Bolsonaro e por seu Ministro da Economia Paulo Guedes, sem ao menos uma discussão com a pasta da Saúde, o decreto recebeu duras críticas das entidades de defesa do SUS e por parte da mídia e foi revogado dois dias depois de sua publicação.⁽²⁵⁾

CONCLUSÃO

Um estudo que direciona seu olhar sobre acontecimentos que ainda estão em curso representa, por si só, um grande desafio ao pesquisador, já que, a qualquer momento, o processo de mudança pode tomar outro rumo e desmenti-lo em suas convicções. E, como já apontado em sua metodologia, o estudo não teve por objetivo discutir as mudanças institucionais em sua concepção empírico-teórica, mas de identificar as formas de mudança no processo de reorganização da APS, não obstante algumas destas mudanças ainda não tenham sido totalmente efetivadas.

Embora o contexto social e sanitário vivenciado pela pandemia da Covid-19 a partir de 2020 não tenha sido explorado no estudo, este acontecimento pode estar interferindo na velocidade da mudança, fazendo-a menos vertiginosa e mais gradual. A Carteira de Serviços na APS, em acordo à nova PNAB, na prática, ainda não se efetivou. O Programa Previne Brasil também não foi colocado em prática em sua plenitude, até mesmo em relação às propostas nas mudanças da alocação dos recursos por captação; o Mais Médicos perdura até que seja substituído pelo Médicos pelo Brasil; e a Adaps ainda não entrou em operação. Até mesmo o teto fiscal para as despesas públicas em saúde foi superado por medidas emergenciais no enfrentamento à pandemia, ainda que transitórias. Ainda assim, tais fatos não impediram a análise crítica do processo das mudanças das regras em curso, até pela clara e evidente proposta dos governos Temer e Bolsonaro quanto à redução do Estado e da implantação de um austero regime fiscal.

Contudo, esses não foram o maior desafio do estudo. Talvez sua maior limitação tenha sido a subjetividade em se identificar o momento de corte para as mudanças e quais delas seriam as mais importantes para análise quando utilizada a Matriz de Mahoney e Thelen. Embora bem fundamentada em sua teoria metodológica, baseada no institucionalismo histórico, a matriz é permeável a mais de uma interpretação quando da sua aplicabilidade. Ou seja, perspectivas a partir de diferentes pontos ou do reconhecimento do momento em que se identifica o processo da mudança podem levar a se reconhecer diferentes formas de mudança.

No entanto, sob a visão particular dos autores que subscrevem este trabalho, foram selecionadas as mudanças das regras institucionais que em seus entendimentos representam ou podem representar maiores impactos na organização e no financiamento da APS, além da identificação do momento em que elas ocorreram. E para isso, o entendimento do contexto político e fiscal pós-2016, de austeridade fiscal e de avanço das políticas neoliberais, foi importante para compreender o processo de mudança no interior da APS, que ocorre sem uma substituição completa dos preceitos institucionais vigentes, mas de forma gradual e sob diferentes combinações, sejam por desvio, sobreposição ou conversão das regras já existentes, sinalizando, ao final, para um enfraquecimento da APS enquanto política pública, ao mesmo tempo em que propostas de privatização no interior do SUS ganham notoriedade na arena política. Um sinal de alerta, pois na visão do institucionalismo histórico, as mudanças, ainda que graduais, podem produzir transformações de maior dimensão e de difícil reversão ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições

Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Portal da Legislação. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm

2. Martello A. Dívida bruta do setor público sobe para 89,3% do PIB em 2020, novo recorde. 2021 Jan 29. Sect. Economia. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/01/29/divida-bruta-do-setor-publico-sobe-para-893percent-do-pib-em-2020.ghtml>
3. Reis V. Contribuição da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de Atenção Primária. 2019 Out 19. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-ciencias-sociais-e-humanas-em-saude/contribuicao-dos-pesquisadores-da-rede-aps-ao-debate-sobre-as-recentes-mudancas-na-politica-de-atencao-primaria/43125/>
4. Hall PA, Taylor RCR. As três versões do neoinstitucionalismo. *Lua Nova*. 2003. (58):193-223. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/Vpr4gJNNdjPfNMP4fj75gb/?lang=pt>
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
6. CUBA DEBATE. Declaración del MINSAP: Cuba no continuará participando en el Programa Más Médico. 2018. Disponível em: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2018/11/14/declaracion-del-minsap-cuba-no-continuara-participando-en-el-programa-mas-medicos/>
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Consolidada em Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html
8. BRASIL. Lei Federal nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm
9. BRASIL. Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020. Institui o Serviço Social Autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10283.htm
10. Mahoney J, Thelen K. Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power. Cambridge: Cambridge University Press. 2010. *A Theory of Gradual Institutional Change*. Chapter 1; p. 1-37.
11. Borges FT, Moimaz SAS, Siqueira CE, Garbin CAS. Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde: O Papel das Organizações Sociais de Saúde. São Paulo. Cultura Acadêmica Editora. 2012. *O caminho privatizante: as Organizações Sociais de Saúde*. Chapter 8; p.110-25. Disponível em: <https://www.creasp.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/09/Anatomia-da-privatiza%3%a7%c3%a3o-neoliberal-do-SUS.pdf>
12. Tible J. Golpe a la brasilera: Crisis política y económica, impedimentos y luchas democráticas. *Revista Horizontes del Sur*. 2016 ;(4). Disponível em: https://www.academia.edu/28896024/Golpe_a_la_brasilera_Crisis_pol%C3%ADtica_y_econ%C3%B3mica_impedimentos_y_luchas_democr%C3%A1ticas_2016_
13. Santos FLB. Seis hipóteses para ler a conjuntura brasileira. *Unisinos. Cadernos IHU ideias*. 2017. nº 263. vol 15. 26p. Disponível em:

<http://www.ihu.unisinos.br/images/stories/cadernos/ideias/263cadernosihuideias.pdf>

14. Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Uma ponte para o futuro. 2015. Disponível em: <https://www.fundacaoulisses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf>
15. Vieira FS, Benevides RPS. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas. V.10 N.3, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/14896/13217>
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. 2020. 87p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>
17. Giovanella L, Mendes CF. Comentários sobre a carteira nacional de serviços para a APS sob consulta. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniao/comentarios-sobre-a-carteira-nacional-de-servicos-para-a-aps-sob-consulta-artigo-de-ligia-giovanella-e-cassiano-franco/42331/>
18. Junior OG, Gava GB, Silva MS. Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa. Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.4, p.872-887, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/M3HGNqG3WrgMFvj4LsZXtKM/?format=pdf&lang=pt>
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 2087, de 1 de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – Provac. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html
20. Correio Braziliense. Dos 13 mil médicos solicitados pelo Provac, 29% das vagas foram preenchidas. O Ministério da Saúde informa que o país necessita de 54 mil graduados em medicina para preencher os cargos. 2013 May 23. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2013/05/23/interna-brasil,367642/dos-13-mil-medicos-solicitados-pelo-provac-29-das-vagas-foram-preenchidas.shtml>
21. Kemper ES, Mendonça AVM, Souza MF. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. Ciênc. saúde colet. 21 (09) Set 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n9/2785-2796/>
22. Mota B. O fim do modelo multiprofissional na Saúde da Família? Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2020. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-fim-do-modelo-multiprofissional-na-saude-da-familia>
23. Melo Neto AJ, Barreto DS. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade? Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019;14(41):2162. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2162/995>
24. BRASIL. Decreto nº 10.530, de 26 de outubro de 2020. Dispõe sobre a qualificação da política de fomento ao setor de atenção primária à saúde no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República, para fins de elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Decreto/D10530.htm
25. BRASIL. Decreto nº 10.533, de 28 de outubro de 2020. Revoga o Decreto nº 10.530, de 26 de outubro de 2020 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-

2022/2020/Decreto/D10533.htm