

# RADIS



**ATENÇÃO  
BÁSICA  
NÃO É  
ATENÇÃO  
MÍNIMA**

**Reforma na Pnab  
ameaça Saúde da  
Família, com redução  
de equipes e restrições  
na oferta de serviços**

**Mudanças precarizam  
trabalho de agentes  
comunitários de saúde**

**Novas regras seguem cortes  
em investimentos sociais,  
advertem sanitaristas**



# DOIS OLHARES SOBRE O MAIS MÉDICOS

Livro revela impacto da chegada de profissionais em comunidades distantes ou periféricas

Bruno Dominguez

“A quem queira enxergar o mundo, a saúde pública é um baita mirante”. A constatação é o resultado abstrato do percurso do escritor e pesquisador Antonio Lino por nove localidades do Brasil para acompanhar o impacto da atuação de profissionais do Programa Mais Médicos em aldeias indígenas, comunidades quilombolas, assentamentos rurais e periferias urbanas. O resultado concreto é o livro *Branco Vivo* (Editora Elefante [www.editoraelefante.com.br](http://www.editoraelefante.com.br)), em que o olhar de Antonio é complementado pelas fotografias de Araquém Alcântara.

Antonio acompanhou cinco médicos e sete médicas, quase todos “forasteiros”, vestidos com “o claro da roupa”, em um itinerário pelas cinco regiões do país — quando começou a pesquisa, em agosto de 2015, 73% de um total de 18.240 profissionais que participavam do programa eram estrangeiros. “Que brasis estes médicos estão descobrindo?”, era a pergunta que se fazia. As viagens correram a convite do Ministério da Saúde, mas com “carta branca para não ser chapa branca”, afirma ele.

“A mesa do consultório é o balcão onde as almas vêm prestar queixas da carne. Diante do médico, o paciente sabe, todos sabemos, que talvez seja até possível adiar um pouco o desfecho do grande roteiro. Alterá-lo, não: por fim, cada qual retornará ao pó em que acredita. O *spoiler* existencial, contudo, não prejudica a tensão da trama. Fora a morte, tudo é dúvida. E o cientista está ali, vestido de branco, para oferecer alívio e alguma certeza, nessa barafunda que é viver: — O que é que eu tenho, doutor?”

O escritor observa as complexas relações do processo saúde/doença, em que cada sintoma é o fio

solto de uma meada multicolorida, pedindo para ser desembaraçada. As pistas diagnósticas, narra ele, invariavelmente levam para fora do consultório. “No corpo do paciente, o clínico vislumbra o corpo social — este organismo muito velho que acaba de nascer, todos os dias, cheio de promessas e disfunções crônicas”. As lombrigas na barriga de um menino estão ligadas com a impossibilidade de seus pais lhe comprarem um sapato, a ausência de saneamento básico, a acelerada combustão dos biomas brasileiros, a mais recente votação em plenário do orçamento da União, a desigualdade social que corrompe a humanidade.

“Ao longo de um ano, estive no encaço destes médicos e médicas que sabem o nome do paciente, visitam sua casa, conhecem sua família e convivem com a comunidade. Peguei carona nestes diagnósticos panorâmicos, digamos assim. E, com essa lente emprestada pelos doutores, sem fazer vista grossa para as caretas da paisagem, mas vulnerável aos deslumbres catar as histórias de vida que transbordavam dos prontuários”, observa.

As fotografias que acompanham a narrativa de Antonio originalmente faziam parte de outro ensaio. O fotógrafo Araquém Alcântara visitou 38 cidades em 20 estados brasileiros, também registrando a dimensão humana do Mais Médicos. “Sem prévio conhecimento um do outro, fotógrafo e escritor confabularam projetos semelhantes, e, cada um a seu tempo, tomaram a estrada. Coincidiram em três cidades, mas jamais se cruzaram. De volta a São Paulo, acabaram se conhecendo. E, depois de uma longa conversa, puderam juntar os trabalhos na presente edição: uma tentativa de dois cantadores do Brasil em mostrar o que esse país esconde — ou revela”, explica o editor da Elefante, Tadeu Breda.



## Pós-SUS = Pré-SUS

De um lado, o governo federal e os secretários estaduais e municipais dispostos a colocar cada vez menos dinheiro na Saúde. Do outro, instituições acadêmicas, entidades profissionais e movimentos sociais preocupados com o desmonte da Atenção Básica e a destruição do SUS. A nova Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), adotada pelo governo Temer numa articulação dos gestores à revelia do Conselho Nacional de Saúde, submete o cuidado na Saúde à política econômica pautada na retirada de recursos das políticas sociais e serviços públicos para assegurar compromissos com o mercado financeiro. Nossa reportagem aborda as consequências dessa mudança nos serviços mais próximos do cotidiano das pessoas.

A Atenção Básica é um conjunto de serviços, estratégias e ações de promoção e preservação da saúde, que funciona como o principal acesso ao restante do SUS. Quando funciona bem, é capaz de resolver mais de 80% dos casos que recebe. Sua face visível é a rede de unidades básicas e a Estratégia Saúde da Família, que inclui em suas equipes os agentes comunitários de saúde. Eles são um elo entre a população e os serviços e contribuem para a redução da mortalidade infantil e da mortalidade materno-infantil e o aumento da cobertura de vacinas e de exames preventivos no país.

Governo e secretários argumentam que a revisão da PNAB vai permitir adequação às restrições orçamentárias e ampliar o atendimento com novas Equipes de Atenção Básica (EAB). Para os conselheiros de saúde, ao optar pelas EAB com diminuição de profissionais, carga horária menor e número de assistidos maior, os gestores vão acabar com as tradicionais Equipes de Saúde da Família (ESF), com vários profissionais que se completam de forma interdisciplinar voltada para atenção integral e estabelecimento de vínculos no território. A permissão de redirecionar

recursos da Atenção Básica vai retirar a prioridade do que é mais importante no SUS e a oferta segmentada de uma "cesta" de serviços vai romper com o princípio de universalidade, alertam os especialistas. Outra crítica é quanto ao esvaziamento e descaracterização do trabalho dos agentes e a não obrigatoriedade de sua presença. Serão afetadas também as ações nas áreas de saúde bucal, prisional, mental, em consultórios de rua e para populações ribeirinhas, garantem os entrevistados.

Além de aprofundar essas análises, nossos repórteres foram a campo acompanhar o trabalho excepcional dos agentes comunitários, em risco de acabar, num território da cidade do Rio de Janeiro. No interior de Pernambuco, registramos a ação de equipes da Saúde da Família e do programa Mais Médicos, também ameaçadas pela nova Pnab.

O sistema de saúde pós-SUS, que resultará do desmonte e privatização dos serviços públicos, é a volta a uma situação pré-SUS. Sem os direitos conquistados na Constituição de 1988, a população estará entregue a serviços de baixíssima qualidade, seja num sistema público destruído ou em planos privados "populares", e as necessidades de saúde que vinham sendo crescentemente atendidas pelo SUS serão transformadas em objeto do lucro privado.

Muitos ainda não acordaram para a necessidade de levantar a bandeira do SUS como um bem de todos a ser aperfeiçoado. Ao contrário do que se propaga, não há saúde coletiva e integral fora de um conjunto de políticas públicas e ações intersetoriais de promoção da saúde e melhores condições de vida articuladas a um sistema público e universal de saúde bem estruturado. Entregues ao mercado e de volta à barbárie do passado, todos perdem.

**Rogério Lannes Rocha**

**Editor chefe e coordenador do Programa Radis**



### Expressões e Experiências

- Dois olhares sobre o Mais Médicos 2

### Editorial

- **Precisamos falar sobre tudo** 3

### Voz do leitor

4

### Súmula

5

### Toques da Redação

9



### Capa

- Toda atenção que o SUS e a população merecem 10
- 4 perguntas para Carlos Henrique Paiva: "Muitas atenções básicas" 15
- ACS em risco 16
- 3 perguntas para Carlos Vasconcellos: "Não há Atenção Básica no Rio" 21
- Quem banca o essencial? 22
- Mais médicos, mais atenção 26
- Entrevista Shirley Díaz Morales: "O momento é de resistência" 32

### Serviço

34

### Pós-Tudo

- Desafios da Atenção Básica 35

*Capa:* Arte sobre foto de Eduardo de Oliveira. As agentes comunitárias de Saúde Anastácia dos Santos e Rosângela Barbosa percorrem a Vila Turismo, em Manguinhos (RJ), para realizar visitas domiciliares

### CARTUM



**RADIS . Jornalismo premiado pela Opas e pela Asfoc-SN**



## Saúde mental

Durante o mês de novembro, a matéria “Quanto pesa a faculdade?” (*Radis* 182) — que trata dos casos de sofrimento psíquico no ambiente acadêmico — alcançou enorme repercussão entre os leitores que acompanham o perfil da revista no Facebook. Até o fim do mês, registramos 100 mil visualizações, mais de 900 compartilhamentos e 100 comentários da postagem sobre o assunto, destacando a importância em discutir o tema. “É preciso falar mais sobre o assunto. Não é normal a faculdade se tornar uma tortura na vida de alguém que está buscando se desenvolver como pessoa e como profissional”, destacou Sílvia Moraes Custodio, de Canoas (RS); “Muito verdade! Essa semana perdi uma amiga. Faltava somente um ano para concluir”, desabafou Lorrana Rodrigues, de Manaus (AM). “Necessidade de acolhimento, escuta!!!”, opinou Rosângela Fenili. *Radis* voltará a discutir o sofrimento psíquico nas próximas edições. Aguardem!



## Controle e Assistência

Quero parabenizar a *Radis* pela excelente revista. Maravilhosa, pois me ajuda bastante a compreender e analisar de forma crítica a sociedade atual. Quero sugerir uma matéria sobre o controle social e a participação popular na política de Assistência Social, já que a população desconhece totalmente a função dos conselhos e seu objetivo de contribuir para as tomadas de decisão e transparência na utilização de recursos. Observei que a *Radis* já fez uma matéria sobre o controle social, mas foi na área da Saúde.

- Gleidiane Almeida de Freitas, Mossoró, RN

**R:** Ótima sugestão, Gleidiane. Obrigado pela leitura!

## Assistentes sociais

Que grata surpresa ao receber a revista e encontrar a reportagem sobre assistentes sociais na Saúde (*Radis* 180), principalmente no que se refere aos comentários do Maurílio Castro de Matos, que consideramos referência no assunto.

- Secretária Municipal de Saúde de Suzano, São Paulo, SP

**R:** Obrigado, pessoal!

## Educação e deficiência

Gostaria de sugerir que abordassem os direitos dos alunos que são pessoas com deficiência, especialmente crianças e adolescentes, na educação pública e privada, discutindo o processo de desenvolvimento biopsicossocial e intelectual próprio de suas idades, uma vez que a lei nº 13.146, de 2015 resguarda tais direitos.

- Mayre Araújo, Ananindeua, PA

**R:** Sugestão anotada, Mayre!

## Atividade física

Sou tutor de Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e, gostaria de sugerir uma reportagem a respeito de atividade física no SUS. Tenho cinco residentes realizando um trabalho fantástico com intervenções de atividade física no SUS, utilizando as academias ao ar livre e Academia da Saúde.

- Fábio, Apucarana, PR

**R:** Olá, Fábio. Já está prevista uma matéria sobre a atividade do profissional de Educação Física no SUS, quando abordarmos o assunto. Aguarde!

## Transposição

Como estudante e cidadão sou imensamente beneficiado com o trabalho da *Radis*, pois tenho cada vez mais consciência de uma realidade que, se por um lado, é ocultada, por outro, é inequivocamente esclarecida pelas matérias redigidas. A edição 177 ficou extraordinária! A matéria que retrata a transposição do São Francisco, que usa referências do livro “Os Sertões”, de Euclides da Cunha, me fascinou. Parabéns pelo trabalho!

- Allefe Henrique Melo Santos, Aracaju, SE

## Comunicação dialética

Parabenizo a *Radis*, que de forma dialética, procura expor em cada edição temas pertinentes. São assuntos muitas vezes desprezados pela mídia hegemônica, porém de total relevância, o que mostra o compromisso da revista com a comunicação social e a leitura eficaz, útil e agradável.

- Samuel Dionísio da Silva, Timon, MA

**R:** Caros Allefe e Samuel, *Radis* procura dar voz aos mais diversos setores da sociedade! Obrigado pela mensagem!

## EXPEDIENTE

**RADIS**® é uma publicação impressa e online da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo **Programa Radis de Comunicação e Saúde**, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp).

Presidente da Fiocruz **Nísia Trindade Lima**  
Diretor da Ensp **Hermano Castro**

Editor-chefe e coordenador do Radis  
**Rogério Lannes Rocha**  
Subcoordenadora **Justa Helena Franco**

Edição **Adriano De Lavor**  
Reportagem **Bruno Dominguez** (subedição),  
**Elisa Batalha**, **Liseane Morosini**, **Luiz Felipe Stevanim** e **Ana Cláudia Peres**  
Arte **Carolina Niemeyer** e **Felipe Plauska**

Documentação **Jorge Ricardo Pereira** e **Eduardo de Oliveira** (Fotografia)

Administração **Fábio Lucas** e **Natalia Calzavara**  
Estágio supervisionado **Ana Luiza Santos da Silva**

Apoio TI Ensp **Fabio Souto** (mala direta)

Assinatura grátis (sujeita a ampliação de cada-  
stro) Periodicidade **mensal**  
Tiragem **108.500** exemplares  
Impressão **Rotaplan**

**Fale conosco** (para assinatura, sugestões e críticas)  
Tel. (21) 3882-9118  
E-mail [radis@ensp.fiocruz.br](mailto:radis@ensp.fiocruz.br)  
Av. Brasil, 4.036, sala 510 — Manguinhos,  
Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

**Ouvidoria Fiocruz** • Telefax (21) 3885-1762  
[www.fiocruz.br/ouvidoria](http://www.fiocruz.br/ouvidoria)



[www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)



[/RadisComunicacaoeSaude](https://www.facebook.com/RadisComunicacaoeSaude)



[flickr /RadisComunicacaoeSaude](https://www.flickr.com/photos/radiscomunicacaoeSaude/)

USO DA INFORMAÇÃO • O conteúdo da revista *Radis* pode ser livremente reproduzido, acompanhado dos créditos, em consonância com a política de acesso livre à informação da Ensp/Fiocruz. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem nossas publicações que enviem exemplar, referências ou URL.



Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
Fundação Oswaldo Cruz



# MUDANÇAS DA REFORMA TRABALHISTA

A polêmica reforma que altera a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), sancionada por Michel Temer em julho, ganhou mais um capítulo: três dias depois de entrar em vigor, em 11 de novembro, ela foi ajustada em alguns pontos por uma medida provisória (MP) publicada em edição extra do Diário Oficial da União (14/11). As modificações passam a valer a partir dessa data e o Congresso tem o prazo de seis meses para aprovar ou não os ajustes da MP. Já previstas desde que a reforma foi aprovada, as mudanças fizeram parte de um acordo entre governo e

senadores para que a reforma fosse aprovada mais rapidamente, como explicou o UOL (19/11). Os temas que foram alterados se referem a questões como o trabalho autônomo, intermitente e ao exercício de atividades por gestantes e lactantes em locais insalubres, como informou o site de *El País* (15/11).

A reforma trabalhista já foi tema de capa da *Radis* (176) e de outras edições (178 e 179), mas novamente lembramos as principais mudanças que podem afetar a saúde e as condições de vida do trabalhador:

## 1 TRABALHO INTERMITENTE

O trabalhador é avisado, pelo menos cinco dias antes, de que deve comparecer ao trabalho e atuar por determinado número de horas. Como pagamento, ele recebe apenas o salário das horas efetivamente trabalhadas e nada ganha pelo período em que ficar aguardando ser convocado. Essa nova modalidade de trabalho — chamada de intermitente — coloca o trabalhador numa espécie de prontidão, sob o risco de perder o trabalho. A “convocação” deve acontecer “por qualquer meio de comunicação eficaz”, diz o texto da reforma. Se aceitar a oferta de trabalho e não comparecer, o empregado pode estar sujeito a pagar uma multa de 50% ao empregador.

## 2 JORNADA

A jornada diária pode chegar a 12 horas, com limite semanal de 48, incluídas quatro horas extras. Para jornadas de 12 horas seguidas, deve haver 36 ininterruptas de descanso. Como explica *El País* (15/11), a negociação deve ser por convenção ou acordo coletivo; a exceção fica para os trabalhadores da Saúde, que podem optar por essa jornada em acordo individual.

## 3 GRÁVIDAS E LACTANTES

Pelo texto da reforma, grávidas e lactantes passam a poder trabalhar em locais insalubres considerados de graus “mínimos e médios”, sendo afastadas somente a pedido médico, como informa o site de *Carta Capital* (13/11). Com a MP de Temer, em vez de a gestante precisar de um atestado para ser afastada, ela pode atuar em locais insalubres de grau médio e mínimo se apresentar um documento mínimo que autorize a atividade. Quanto às lactantes, elas só serão afastadas do trabalho, mesmo em condições insalubres de grau máximo, se apresentarem um atestado.

## 4 AÇÕES NA JUSTIÇA

O trabalhador pode ser obrigado a pagar custos processuais e honorários da parte contrária, caso não compareça a audiências ou perca ações na Justiça. Se o juiz entender que ele agiu de má fé, pode ainda haver multa e pagamento de indenizações. O site de *El País* (21/11) relata o caso de um dos primeiros afetados pelas novas regras: o trabalhador rural Cosme Barbosa dos Santos, de Ilhéus (BA), que foi condenado a pagar 8.500 reais pelos custos do processo — desempregado, ele antes ganhava 880 reais na fazenda.

## 5 INSALUBRIDADE

A reforma trabalhista altera as regras para o pagamento do adicional de insalubridade, permitindo que o seu percentual seja reduzido por meio de negociação coletiva.

## 7 DESLOCAMENTO

Antes da reforma, os trabalhadores tinham direito a incluir o tempo gasto para chegar ao local de trabalho como horas de jornada, quando não havia acesso a transporte coletivo — o que acontece com frequência com trabalhadores rurais ou que atuam em locais afastados. Com a mudança, o tempo gasto no percurso não pode mais ser computado.

## 6 AUTÔNOMOS

De acordo com o texto da reforma, as empresas podem contratar trabalhadores autônomos contínuos e exclusivos, mas que não podem ser considerados empregados. Porém, com a MP de Temer, o contrato de serviço do autônomo não pode ter uma cláusula de exclusividade — ou seja, se existir subordinação dele em relação à empresa, pode ser caracterizado o vínculo de emprego, como informou o UOL (19/11).

# Relatório do Bird favorece Reforma da Previdência

Recomendações que vão desde o congelamento do salário dos servidores até o fim do ensino superior gratuito estão em um relatório “Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil”, encomendado ao Banco Mundial (Bird) pelo ex-ministro da Fazenda Joaquim Levy, e entregue ao atual ministro Henrique Meirelles, e ao do Planejamento, Dyogo Oliveira (21/11). O documento é um dos instrumentos utilizados pelo governo e pela mídia para justificar a Reforma da Previdência, ao apontar que o país gasta mal seus recursos e recomenda ajustes no orçamento. Segundo o banco, o gasto público no Brasil aumentou de forma “consistente”, o que coloca em risco a sustentabilidade fiscal do país.

Classificado pelo jornal *O Estado de S. Paulo* (21/11) como “receituário liberal”, o relatório compara as despesas com a aposentadoria de servidores no Brasil com outros países e conclui que esse gasto por aqui é “bem alto”, chegando a 4% do Produto Interno Bruto (PIB), o que supera o de todos os países listados, entre eles Chile, México e Turquia. A diferença entre os salários na esfera pública e privada também é apontada como alta e “atípica para padrões internacionais”, com 67% de diferença entre o setor privado e público.

O relatório foi divulgado na mesma semana em que o governo federal lançou uma campanha publicitária — que custou

cerca de R\$ 20 milhões — para defender a reforma da Previdência na televisão. A propaganda, que atacava o que chama de “privilégios” dos servidores públicos e afirmava que “tem muita gente no Brasil que trabalha pouco, ganha muito e se aposenta cedo”, foi proibida na mesma semana pela Justiça Federal (30/11), após uma solicitação da Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (Anfip) e da Federação Nacional do Fisco Estadual e Distrital (Fenafisco). As entidades alegaram que o discurso que justifica a reforma da Previdência e acusam o governo de “fazer uso político das regras do serviço público”.

Os servidores públicos ao longo dos últimos anos foram submetidos a ajustes do sistema de aposentadorias e pensões por meio de emendas constitucionais e leis, como demonstrado no site da Anfip (27/11). Elas reforçaram que a propaganda oficial não mostra outras regras que regem o serviço público, como as contribuições previdenciárias mais elevadas que as da iniciativa privada, e o fato de servidores públicos não disporem de outros dispositivos de proteção, como o FGTS. Também se uniram ao protesto a Confederação dos Servidores Públicos do Brasil (CSPB), o Fórum Nacional das Carreiras Típicas de Estado (Fonacate) e o Movimento dos Servidores Públicos Aposentados e Pensionistas (Mosap).

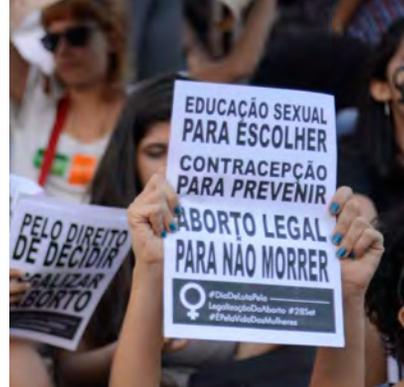
## Texto ameaça universidades públicas

Reportagem publicada pelo *Jornal do Brasil* (26/11) discutiu outra recomendação do relatório do Bird, sobre a cobrança de mensalidades em universidades públicas. “O que está em jogo é a desfiguração do ensino superior público brasileiro, onde se produz ciência nesse país, e a transformação em um sistema totalmente comandado pelos grandes monopólios das universidades privadas lucrativas”, denunciou Wilson Mesquita de Almeida, professor de Políticas Públicas da Universidade Federal do ABC (UFABC).

Números rebatem argumentos do relatório — de que a parcela mais rica da população é a maior beneficiária da gratuidade do ensino. Pesquisa do Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (Fonaprace), publicada em 2016, revelou que, em 2014, 51,4% dos estudantes de graduação nas universidades públicas federais pertenciam a famílias com renda bruta de até três salários mínimos. O estudo revela ainda

que apenas 10,6% integravam famílias com renda bruta superior a dez salários mínimos. “Nos últimos anos, houve uma série de políticas que fizeram aumentar o número de alunos nas universidades públicas e privadas”, argumentou Fábio Domingues Waltenberg, professor de economia da Universidade Federal Fluminense (UFF), em matéria do *Estadão* (21/11).

Especialistas indicam que o combate à concentração de renda deve estar aliado à realização de uma reforma tributária que permita tratamento isonômico aos contribuintes. “Os ricos devem pagar, sim, pelas universidades públicas, mas não através da mensalidade, e sim por um sistema tributário mais justo. A mensalidade apenas não basta. Só ela não seria suficiente para manter tudo que a universidade agrega”, disse ao jornal Arabela Campos, professora de sociologia da educação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e doutora pela Universidade de Londres, no Reino Unido.



## PEC pode impedir aborto legal

A Proposta de Emenda à Constituição PEC 181, aprovada em comissão especial em novembro, pode resultar num veto total ao aborto — inclusive nos casos atualmente previstos em lei. A PEC, originalmente, previa a extensão da licença-maternidade em caso de nascimento de bebê prematuro. O texto aprovado na comissão, no entanto, acrescenta a expressão “proteção da vida desde a concepção”, que pode ser interpretado como um impedimento aos casos de aborto permitidos no país, que são gravidez resultante de estupro, feto anencéfalo e se houver risco à vida da gestante. A proposta está sendo chamada de “cavalo de troia antiaborto” pelo movimento de mulheres.

Enquanto isso, os casos de aborto, mesmo previstos por lei, são realizados ainda de maneira restrita e cerceada no Brasil, esclareceu a pesquisadora Sílvia Badim, da Universidade de Brasília, ao site Nexo (27/9). As complicações decorrentes de abortos clandestinos são a quinta causa de morte materna no país. Diariamente, quatro mulheres morrem nos hospitais em decorrência de aborto. No entanto, devido à ilegalidade do procedimento, não é possível ter a estatística precisa sobre todas as mortes que podem ser atribuídas ao procedimento, feito na maioria das vezes de forma clandestina, informou a reportagem.

O jornal *O Globo* (24/11) publicou uma matéria ambígua sobre o tema, só explicando, nos últimos parágrafos da extensa reportagem, que o relator da matéria, deputado Jorge Tadeu Mudalen (DEM-SP), incluiu a “emenda estranha ao tema original” (24/11), destacando a “angústia entre as principais beneficiárias da redação inicial: mães de crianças que nascem antes da hora certa” — com descrição detalhada de casos de prematuridade, e argumentos de que “o consenso até então existente em torno de um projeto que aumenta a licença-maternidade de 120 para até 240 dias no caso de parto prematuro ruiu”. A matéria chega a dar voz aos que culpam os movimentos de mulheres pelos problemas vividos pelas mães de prematuros — numa tentativa de jogar mulheres que lutam pela extensão da licença-maternidade contra as que defendem o direito ao aborto legal e sua ampliação.

# RACISMO NAS RUAS E NAS REDES SOCIAIS

**A** pesar de celebrado como mês da Consciência Negra, novembro foi marcado por inúmeros episódios de racismo no Brasil. Em 8/11, circulou na internet um vídeo em que o jornalista William Waack aparece fazendo comentários racistas. Nele, o âncora do *Jornal da Globo* reclama do barulho durante transmissão da campanha presidencial dos Estados Unidos, em 2016, afirmando que as buzinas nas ruas deviam ser “coisa de preto”. Diante da enorme repercussão, a TV Globo afastou o jornalista “até que a situação seja esclarecida”, segundo nota da emissora (8/11).

Em resposta a William Waack, o ator Lázaro Ramos fez uma postagem (10/11) utilizando um texto de Johnatan Oliveira Raimundo que inverte a expressão utilizada em tom jocoso pelo apresentador da Globo: “Coisa de preto é a poesia de Cartola. Os dedos a bailar sobre o violão de Paulinho da Viola. Ah, só podia ser preto — Romário, Imperador, Ronaldinho”, diz o texto. Ao que Lázaro Ramos completa com suas próprias palavras: “Racismo é crime e ponto final”. “Coisa de Preto” transformou-se em um dos tópicos mais comentados no Twitter.

Dias depois (23/11), o também ator Pedro Cardoso retirou-se do programa *Sem Censura*, ao vivo, como forma de protesto à greve dos funcionários da Empresa Brasil de Comunicação (EBC), mas também em apoio à colega de profissão, Tais Araújo. Ao deixar o estúdio, Pedro Cardoso fez referência aos comentários debochados que o diretor-presidente da emissora, jornalista Laerte Rimoli, teria feito em relação a uma declaração da atriz sobre a cor da pele de seu filho. “No Brasil, a cor do meu filho é a cor que faz com que as pessoas mudem de calçada, escondam suas bolsas e blindem seus carros”, afirmara Tais Araújo, durante palestra (14/11), causando comoção e provocando reações preconceituosas nas redes sociais.

O secretário municipal de Educação do Rio de Janeiro, Cesar Benjamin, tachou a fala de Tais Araújo de “idiotice racial”. Em post no Facebook, ele escreveu que, “se os brasileiros mudassem de calçada quando vissem uma pessoa morena ou negra, viveriam em eterno ziguezague”. Para a colunista de *O Globo*, Flávia Oliveira, as palavras do secretário remetem ao século 19. “Impressiona o titular da pasta da Educação ser tão míope sobre o racismo brasileiro”, escreveu a jornalista nos comentários na página do secretário. (*Jornal O Globo*, 21/11)

Tais Araújo e Lázaro Ramos são casados, têm dois filhos negros e são conhecidos militantes das questões raciais. Recentemente, ela é um dos rostos da campanha “Vidas Negras”, lançada (20/11) pela Organização das Nações Unidas (ONU), no Brasil, reafirmando o compromisso de implementação da Década Internacional de Afrodescendentes. “Você sabe o que é ‘filtragem racial?’”, indaga o texto da campanha. “É quando uma pessoa negra é injustamente escolhida pela cor. Escolhida como suspeita, quando está parada. E como criminosa quando está correndo. Isso tem nome: é racismo”.

A campanha chama a atenção para o fato de que, em terras brasileiras, o homem negro tem até 12 vezes mais chances de ser vítima de homicídio que o homem branco. Sete em cada dez pessoas assassinadas são negras. A página da campanha na Internet revela ainda que, segundo pesquisa realizada pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) e pelo Senado Federal, 56% da população brasileira concordam com a afirmação de que “a morte violenta de um jovem negro



choca menos a sociedade do que a morte de um jovem branco”. Para se ter um exemplo de como o racismo se manifesta, em São Paulo, um ator negro foi espancado após seguranças de um terminal de ônibus da capital paulista julgarem que ele era um criminoso e se recusarem a ajudá-lo. Diogo Cintra, na verdade, fugia de um grupo de bandidos que convenceram os funcionários do local de que ele era o verdadeiro bandido, informa reportagem n’*O Estado de São Paulo* (17/11).

Antes de acabar novembro, causou indignação, nas redes sociais, um caso de racismo envolvendo a filha dos atores Bruno Gagliasso e Giovanna Ewbank. Em sua conta em uma rede social, a brasileira Day Mcarthy, que se apresenta como escritora e diz morar no Canadá, criticou a aparência física da filha do casal, Chissomo, comparando-a a uma “macaca”. A menina foi adotada em 2016, quando os dois estiveram em Malawi, no Sul da África. Injúria racial é crime, assegurou a delegada que recebeu a denúncia do ator, no Rio de Janeiro, dia 27 de novembro.

Infelizmente, nem todos os casos são tratados da mesma maneira. Em Salvador, uma mãe usou as redes sociais (9/11) para relatar como o filho havia perdido a prova do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) “por ser preto”. Abordado por policiais em bairro nobre da cidade, onde faria a prova, o adolescente foi agredido e impedido de chegar no horário. A reação dos internautas, no entanto, foi outra. Dias depois da postagem, o próprio filho pediu para que as pessoas parassem de compartilhar o desabafo, já que a mãe estava sendo “atacada com comentários racistas”.

## RADIS ADVERTE

**“NUMA SOCIEDADE  
RAÇISTA NÃO BASTA  
NÃO SER RAÇISTA.  
É NECESSÁRIO SER  
ANTIRRAÇISTA”.**

ANGELA DAVIS, FILÓSOFA E ATIVISTA.



## MARCO LEGAL DE SANEAMENTO SOB AMEAÇA

A proposta de revisão do Marco Legal do Saneamento (Lei nº 11.445/2007) via Medida Provisória é inconstitucional e pode desestruturar totalmente o setor no Brasil. O alerta foi dado pela Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental (Abes), que participou de reunião convocada pelo Ministério das Cidades (10/11). A Abes sugere que o debate seja feito no Legislativo, via Projeto de Lei, por permitir maior participação da sociedade. Em artigo publicado no site Metrôpoles (24/11), Roberto Cavalcanti Tavares, diretor-presidente da Associação Brasileira das Empresas Estaduais de Saneamento (Aesbe) e da Companhia Pernambucana de Saneamento (Compesa), afirma que a MP coloca em risco compromissos assumidos pelas empresas estaduais de saneamento básico, como a tarifa única. “O morador de um município estruturado e mais forte economicamente e aquele que vive num

lugar com infraestrutura deficitária pagam o mesmo valor pelo serviço de água e esgoto”, lembra.

A MP, salienta Roberto, permitirá que os municípios contratem empresas privadas em lugar de companhias estadual ou municipal. “Os municípios mais fortes economicamente serão disputados pela iniciativa privada. Os mais carentes sobrarão e terão que ser atendidos pelas empresas estaduais, que, por sua vez, perderão competitividade ao ter encerrados os contratos com os municípios rentáveis”, avaliou. Segundo ele, os mais necessitados sairão perdendo. “É aquela velha história do filé para as empresas privadas, osso para as estaduais e a conta mais cara na mão de quem menos tem dinheiro”, comparou. Roberto reforçou que a alteração do marco legal do saneamento só terá força e eficácia se for debatida pela sociedade e for apoiada por quem está envolvido com o setor.

## Surto de hepatite A em São Paulo

Um surto de hepatite A na cidade de São Paulo levou ao aumento de 960% no número de casos confirmados da doença, entre janeiro e outubro de 2017: foram 604 casos reportados em comparação com 57 no mesmo período de 2016, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde. Como noticiou o site da BBC Brasil (19/11), o surto já causou duas mortes e colocou quatro pessoas na fila de emergência para transplante. Segundo a notícia, o aumento da doença é atribuído à prática de sexo

oral no ânus sem proteção, além da ingestão de alimentos e água contaminados. Doença infecciosa aguda causada pelo vírus VHA, a hepatite A é transmitida por via oral-fecal, de uma pessoa infectada para outra sem a doença, ou através de alimentos ou água contaminada. A doença ataca o fígado e pode ser mais grave em pessoas com imunidade baixa, como idosos, portadores de HIV e crianças. Desde 2014, o SUS disponibiliza, nas unidades básicas de saúde, vacina contra hepatite A

para crianças de até cinco anos e grupos considerados de risco (como pessoas com doenças imunossupressoras — hepatite B e C — e portadores de HIV). Como ressalta a notícia publicada pela BBC Brasil, a hepatite A não é transmitida por fluidos corporais ou secreções, e sim pelo contato com as fezes de uma pessoa contaminada. Por esse motivo, é importante manter relações sexuais com proteção, principalmente casais que praticam sexo anal e oral-anal — seja gay ou heterossexual.

## Poucos avanços na COP23

O pedido por mais ambição e esforço dos países no combate ao aquecimento global marcou o encerramento da 3ª sessão da Conferência da Partes (COP 23), realizada em Bonn, na Alemanha (18/11). No encontro, cerca de 200 países debateram estratégias e formas para cumprir o Acordo de Paris, firmado em 2015, que marca o ano de 2020 como prazo para revisão desses compromissos. Pelo acordo, os países concordam em limitar o aumento da temperatura média mundial a 1,5°C ou até 2°, informou a *Folha de S. Paulo* (17/11), que registrou poucos avanços na conferência. Ao G1

(18/11), Márcio Astrini, coordenador de Políticas Públicas do Greenpeace Brasil, declarou que já previa uma “conferência de transição” que não levaria a “mudanças práticas”.

Carlos Rittl, secretário executivo da coalizão da sociedade civil Observatório do Clima, também não esperava novidades. “Como conferência intermediária, seu papel era o de negociar aspectos técnicos e jurídicos do chamado livro de regras do acordo”, declarou ao *Correio Braziliense* (26/11). Ele disse esperar “mais ambição em cortes de emissões”, que segundo ele,

estiveram fora das negociações entre os países.

O G1 destacou que empresários e políticos americanos garantiram que vão manter os projetos para redução de emissões, as tentativas de preservação do meio ambiente e as metas para combater o aquecimento global mesmo com a determinação do presidente Donald Trump de sair do Acordo de Paris. Já o Brasil foi mais lembrado, segundo o site, por ter ganhado o prêmio “Fóssil do Dia”, uma crítica irônica à medida provisória que propõe dar às companhias de petróleo e gás US\$ 300 bilhões em subsídios. 

## Intimidade revelada

“Dizem que o carnaval no Rio foi um escândalo de indecência. O número de versos *obcenos* foi fantástico e as *peSSoas* andavam *quasi* nuas. Dizem que apareceu uma mulher fantasiada com um ‘maillot’ que trazia junto do ‘derrière’ um colossal cachorro!”. O comentário foi escrito em 1915 por Oswaldo Cruz, em carta que escreveu para a esposa Miloca, que naquele momento estava em Londres — uma das pérolas históricas que podem ser consultadas na nova biblioteca virtual lançada pela Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz). Além de cartas, a plataforma digital reúne documentos, fotos de família (como a imagem dos filhos Elisa e Bento, ao lado) e peças museológicas que pertenceram ao cientista, e também doações. Acesse a biblioteca em <http://oswaldocruz.fiocruz.br>



COC/FIOCRUZ

## De volta a fome

O debate sobre a fome volta à cena no país. Em outubro, chegou à mídia após o prefeito João Doria (PSDB) anunciar o programa “Alimento para todos” e prometer distribuir um granulado feito de farinada, “espécie de farinha composta por alimentos próximos de sua data de validade ou que não seguem os padrões de comercialização”, como noticiou o *El País* (28/10), mas adquiriu contornos dramáticos com o desmaio de uma criança com fome, em uma escola próxima a Brasília. “Ah se fosse apenas o menino da escola do Cruzeiro. Na mesma sala, palavra de professora, existem outros. A conta de somar é sem fim no Brasil devolvido à geografia da fome”, lamentou Xico Sá, colunista do jornal (19/11).

## Cigarro

Mais uma vez o STF adiou o julgamento da resolução de 2012, da Anvisa, que proíbe a fabricação e a venda de cigarros com aroma e sabor — que é contestada pela Confederação Nacional da Indústria (CNI). Enquanto isso, os fabricantes americanos foram obrigados pela Justiça a veicular anúncios nas TVs, rádios e jornais com advertências sobre os riscos e os danos do fumo à saúde. Com a decisão, as empresas estão obrigadas a publicar uma página inteira de mensagens antitabagistas em pelo menos cinco edições dominicais de 50 grandes jornais, além de veicular 260 anúncios nas maiores redes de TV aberta nacionais. É a primeira vez em 45 anos que as empresas tabagistas são obrigadas a veicular propaganda educativa na TV americana.

## Racismo em pauta

Oportuno o lançamento do suplemento dos *Cadernos de Saúde Pública* que resgata discussões travadas durante a conferência internacional “Raça, Saúde e Discriminação: Perspectivas Históricas e Contemporâneas”, que aconteceu no Rio de Janeiro, em 2015. De forma interdisciplinar, epidemiologistas, historiadores, pesquisadores clínicos, antropólogos, geneticistas e sociólogos apresentam diferentes abordagens no estudo de raça/cor, racismo e formação racial, em relação à saúde e doença, em um momento em que o assunto tem recebido grande destaque na mídia (veja súpula na página 7). Para acessar: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/>

## Sempre vigilantes (I)

“Não desistiremos de defender o SUS contra aqueles que tentam de todas as formas impedir o controle social de se firmar e avançar”. De Fernando Pigatto, coordenador adjunto da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (CNVS) e representante da Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam) no Conselho Nacional de Saúde. A conferência, prevista para acontecer em novembro de 2017, foi adiada para fevereiro de 2018, por conta de recursos das empresas concorrentes da licitação, que impediram o fim do processo licitatório, informou o CNS, que já divulgou as 170 propostas consolidadas nas etapas estaduais e que estão disponíveis no site do Conselho.

## Sempre vigilantes (II)

Concebido para contribuir com o debate sobre a formulação de uma Política Nacional de Vigilância em Saúde, o número temático da revista *Ciência e Saúde Coletiva* (vol. 22 n.10) aborda contradições, dilemas e impasses relacionados à sua definição, em consonância com o tema central da 1ª CNVS (adiada para 2018): “Direito, conquista e defesa de um SUS público de qualidade”. O periódico reúne artigos que tratam de desafios atuais da área, como: ameaças, perigos, riscos, vulnerabilidades, agravos e danos à saúde; o lugar da vigilância em saúde no SUS; garantia de acesso e territorialização e regionalização, entre outros. Acesse os artigos completos em <https://goo.gl/M4A7dP>

TODA  
ATENÇÃO  
QUE O  
SUS  
E A  
POPULAÇÃO  
MERECEM



Menina é atendida por profissional do Mais Médicos, em foto de Araquém Alcântara publicada no livro "Branco Vivo" (leia na pág. 2), gentilmente cedida pela Editora Elefante

## NOVA PNAB TRANSFORMA ATENÇÃO BÁSICA EM ATENÇÃO MÍNIMA AO REDUZIR SAÚDE DA FAMÍLIA E CRIAR CESTA LIMITADA DE SERVIÇOS

**A** “porta de entrada” do SUS corre risco de fechar, com a aprovação da nova Política Nacional de Atenção Básica (Pnab). As mudanças vão impactar no funcionamento de equipes e impor restrições ao trabalho, alertam especialistas. Os defensores da proposta alegam que a revisão na Pnab vai permitir que municípios se adequem às restrições orçamentárias. “Vamos passar a financiar o mundo real”, justificou o ministro da saúde Ricardo Barros. “Quem vai pagar a conta é a população”, rebate a conselheira nacional de saúde Shirley Díaz Morales, para quem a mudança é uma tentativa de resolver um problema financeiro, sem pensar nos prejuízos que serão sentidos pela população e pelos

profissionais de saúde. Na prática, a nova Pnab afeta diretamente a Estratégia Saúde da Família (ESF), com redução de equipes e de carga horária, e atinge o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), denunciam entidades e instituições ligadas à Saúde, que enxergam na proposta o risco de desmonte do próprio SUS. *Radis* problematiza a questão, avaliando as mudanças e seus impactos no funcionamento do sistema, na oferta de serviços e na saúde de usuários, ao mesmo tempo em que reforça a defesa da Atenção Básica como uma porta que deve estar sempre aberta para a promoção da Saúde universal, integral e equânime, como prevista na Constituição.



ELISA BATALHA e ADRIANO DE LAVOR



oda a atenção é pouca. A nova Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) — aprovada em agosto de 2017 e publicada em Diário Oficial na forma da portaria 2.436/2017, substitui a lei anterior, de 2011, e modifica a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). “O seu conteúdo é crucial para os caminhos da Atenção Primária no país e afeta diretamente gestores, profissionais e usuários do SUS”, declarou o professor Luiz Augusto Facchini, da Universidade Federal de Pelotas, ex-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e coordenador da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, em entrevista publicada no site da entidade.

Aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) — instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores das três esferas de governo (União, estados, DF e municípios) —, a nova Pnab faz alterações significativas na organização e no financiamento da Atenção Básica, modifica o papel dos Agentes Comunitários de Saúde, e propõe uma limitada “cesta de serviços”, entre outras mudanças.

Na disputa política que resultou na reforma, criou-se uma polarização de posições: de um lado, o governo federal e entidades de representação dos

gestores, como o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); do lado contrário, entidades políticas e instituições ligadas ao campo da Saúde, muitas das quais se manifestaram por meio de notas de repúdio à decisão pela aprovação da reforma, como Fiocruz, Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), Abrasco, Rede Unida, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, entre outras.

Quem defende a reforma alega que elas conferem flexibilização à política e a adequam à realidade de municípios e de seus problemas orçamentários. “Vamos passar a financiar o mundo real”, justificou o ministro da Saúde Ricardo Barros, durante coletiva de imprensa, concedida em agosto de 2017. Os críticos às medidas, no entanto, consideram que o “mundo real” apontado pelo ministro se refere, na verdade, ao sentido mercadológico das reformas, tendo em vista a aprovação da Emenda Constitucional 95 que, na prática, desenhará um cenário de orçamentos reduzidos (leia mais sobre financiamento na pág. 22). Com base nestas críticas é que consideram que as alterações propostas modificam justamente áreas consideradas bem-sucedidas no SUS.

**MUDANÇAS BÁSICAS**

Para entender melhor os efeitos das mudanças, comecemos pelo “básico”. A Atenção Básica é um

LE  
\*  
BRE  
E

conceito, construído ao longo das últimas cinco décadas, em paralelo ao de Atenção Primária em Saúde, com muitos pontos em comum. Em sua definição, se relaciona à garantia de acesso à atenção, promoção e prevenção em saúde. No Brasil, a Atenção Básica é a ordenadora das ações da Rede de Atenção em Saúde e considerada “porta de entrada” do SUS. É a partir do contato com uma equipe de Atenção Básica, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) — como as Clínicas

A Pnab modificada em 2011 já permitia a criação das chamadas equipes de Atenção Básica (EAB), reduzidas a um médico e enfermeiro. Criticada por muitos, a iniciativa visava, naquele momento, o reconhecimento “de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil”, na avaliação de Celina Boga, médica do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). Em entre-

## Quando funciona bem, a atenção básica é capaz de resolver mais de 80% dos casos que chegam a uma unidade de saúde

da Família, no Rio de Janeiro, por exemplo — que os usuários são encaminhados, se necessário, para serviços mais complexos.

A Atenção Básica passou a se estruturar como política de Estado e se expandir de maneira mais organizada a partir de 1993, após a consolidação do SUS, por meio do programa Saúde da Família — que, em 1998, passou a ser chamado Estratégia Saúde da Família (ESF). Mas a Atenção Básica vai além da ESF, já que também é constituída por outras modalidades de equipes profissionais, como as que atendem populações com dinâmicas específicas, como os Consultórios de Rua e as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais. O objetivo é tentar minimizar os impactos das grandes desigualdades regionais no acesso à saúde.

Mesmo assim, graças à sua aprovação pelos usuários e ao reconhecimento de sua resolutividade, a ESF é a “menina dos olhos” da Atenção Básica. Hoje, ela cobre 63% da população do país, e mais de 70% dos municípios contam com pelo menos uma equipe de Saúde da Família. Seus grandes acertos são a lógica territorializada, além da integralidade e da resolutividade no cuidado. É consenso entre os estudiosos da Saúde que, quando funciona bem, a Atenção Básica é capaz de resolver mais de 80% dos casos que chegam a uma UBS, sem demandar encaminhamento. Por este motivo, a Atenção Básica de qualidade é considerada um vetor importante para a promoção da Saúde e do desenvolvimento. Com as mudanças previstas pela atual revisão, no entanto, tal efetividade está ameaçada.

### REDUÇÃO DE EQUIPES

As mudanças previstas pela nova Pnab afetam, em primeiro lugar, o funcionamento das equipes, fundamentais na estrutura da Estratégia Saúde da Família. Originalmente, o time multiprofissional mínimo previsto para a ESF era composto por um médico e um enfermeiro generalistas (ou especializados em Saúde da Família), um auxiliar ou técnico de enfermagem, além dos agentes comunitários de saúde — um para cada 750 pessoas de cada território. Podiam ser acrescentados à composição profissionais de Saúde Bucal (cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico), além de outras especialidades de apoio. Pela regra inicial, cada equipe estava responsável pelo atendimento de, no máximo, 4 mil pessoas, sendo a média recomendada de 3 mil pessoas — o que explica a existência, num mesmo território, de mais de uma equipe.

vista à *Radis*, ela explicou que a mudança contemplava outros formatos de ESF e incluía equipes especializadas no atendimento da população em situação de rua, por exemplo. Para Celina, não se tratava (ainda) de precarização. “O impacto da adoção desse modelo reduzido poderia até ser positivo se fosse para garantir padrões mínimos em qualquer serviço básico de saúde, estabelecendo o que é essencial, ampliando o acesso a serviços de qualidade, com ações identificadas com as necessidades de saúde da população do bairro ou da região”, avaliou a médica, que é Mestre em Vigilância em Saúde e Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos.

A mudança proposta agora, em 2017, repercute nas equipes de Atenção Básica de outro modo, ao conferir o mesmo status a ambas as equipes (de Saúde da Família e de Atenção Básica). Isso significa, na prática, que equipes completas e reduzidas disputarão os mesmos recursos e terão as mesmas responsabilidades, levando os gestores municipais a optarem por equipes reduzidas.

Para Mauro Junqueira, presidente do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), a nova Pnab permite que o gestor trabalhe a sua equipe de acordo com as suas especificidades e necessidades, mas em momento algum exclui como prioridade a ESF. “São arranjos para dar liberdade à gestão municipal. Nós temos aí um conjunto enorme de municípios com médicos, dentistas, enfermeiros concursados com uma carga horária menor do que 40 horas, mas que existem e funcionam e essas unidades são portas de entrada importantes. A nova Pnab dá oportunidade de se reconhecer esse atendimento também como atendimento do Saúde da Família”, argumentou à revista *Consensus*, publicação institucional do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass).

Outra mudança que vem recebendo duras críticas é a alteração na carga horária dos médicos na Atenção Básica. A Pnab de 2006 previa que todos os profissionais seriam contratados com carga horária de 40 horas semanais; em 2011, a carga horária dos médicos foi diminuída para 30 horas. O texto aprovado em 2017 volta a exigir 40 horas semanais de trabalho, mas somente dos médicos que atuam nas equipes de Saúde da Família, permitindo que outras modalidades de AB os contratem por apenas 10 horas semanais. “Essa carga horária é destruidora de qualquer trabalho em Atenção Primária. Na prática, muitos médicos vão trabalhar só um dia na semana, ou parte dele. Isso vai contra todos os atributos da Atenção Básica previstos na política

original, de longitudinalidade e universalidade do cuidado”, criticou a médica sanitária Lígia Giovanella, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Ensp/Fiocruz.

### TRABALHO PRECARIZADO

Uma categoria profissional que será diretamente afetada pela reforma é a dos agentes comunitários de saúde, responsáveis pelas principais inovações da Atenção Básica e que concretizam o cuidado na comunidade e no território, já que ajudam a pensar em maneiras específicas de cuidar daquelas pessoas que estão ali, orientam sobre consultas, distribuição e uso de medicamentos, e participam de visitas domiciliares (leia matéria sobre a sua atuação na pág. 16). Hoje, eles constituem uma força de trabalho essencial ao SUS, reunindo cerca de 260 mil pessoas em todo o país. “Eles prestam um serviço essencial à saúde pública”, defendeu Lígia.

A nova Pnab, no entanto, reduzirá seu número e restringirá sua atuação nas equipes, o que os críticos às mudanças consideram “um erro do ponto de vista sanitário”, como afirmou Liu Leal, representante do Cebes no Conselho Nacional de Saúde. “Nossa discordância sobre a retirada do agente comunitário da equipe mínima de Saúde de Família é total. Isso é uma decisão baseada unicamente na lógica econômica. É a retirada de um interlocutor comunitário que precisa, sim, ter maior investimento para a qualificação de seus processos de trabalho a partir de uma formação técnica, que precisa de maior valorização de suas condições de proteção e de segurança do trabalho”, defendeu, em entrevista concedida à *Radis*.

O texto da nova Pnab também “confunde” atribuições de diferentes categorias profissionais, apontou Liu. “Ora ela confunde, ora ela mistura o que seriam agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem”, exemplificou, lembrando que a falta de definição “gera uma série de questões ligadas ao enxugamento, à diminuição e à desresponsabilização”. Uma consequência direta disso, indicou, é a diminuição

do número de Agentes de Combate à Endemias. “Em um país que sofre constantemente com as suas condições de meio ambiente, e que tem adoecido a população como um todo com a zika, Chikungunya e febre amarela, impactar a vigilância e a saúde ambiental é um problema seríssimo, e a mudança na Pnab também sinaliza para isso”, denunciou.

Mas não são somente os agentes que serão afetados. Todas as modalidades complementares de equipes de Atenção Básica estão ameaçadas, assegurou Liu. “As equipes de Saúde Bucal podem sofrer uma queda de proporções absurdas, e as políticas de Consultório na Rua, Nasf, fluvial, a prisional, todas elas estão correndo risco. Qual é o Norte que está posto hoje? É uma mudança que dá ênfase à equipe mínima, com lógica puramente econômica”, questiona a conselheira. Isso se repercutirá em todas as outras profissões que, desde 2008, foram agregadas à Estratégia Saúde da Família, compondo o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) — que inclui 20 diferentes profissões e atua em parceria com as equipes de Saúde da Família.

### “CESTA DE SERVIÇOS”

Outro ponto muito criticado na nova Pnab é que ela delimita ações e serviços essenciais e estratégicos da Atenção Básica com a chamada “cesta de serviços”. “Isso afeta diretamente o princípio da integralidade no SUS”, como alerta Facchini. “Não concordamos com esse formato, que se pauta por uma dinâmica restritiva, de universalização excludente”, explicou Liu, para quem a delimitação do trabalho a um rol de serviços ou procedimentos é “anti-SUS”. “A carta ou cesta de serviços serve somente a parceria público-privadas ou terceirizações. Esse formato permite que se comprem serviços diretamente do setor privado. São práticas anteriores ao sistema, com oferta de serviços regrada e mercadológica, que eram comprados e ofertados de forma muitas vezes não republicana”, criticou.



# “Muitas atenções básicas”

“Os desastres estão por vir”, disse Celina. Para a médica, a restrição trazida pela oferta selecionada de serviços representará um sucateamento da Atenção Básica “intencional”. “No cenário de restrição de recursos que temos, pode induzir à limitação. Em minha opinião, intencional. Onde o cidadão irá buscar solução para suas necessidades de saúde? Na rede pública, sucateada, desprestigiada, desmontada e substituída pelas clínicas populares? Nos planos populares de saúde?”.

Para ela, trata-se de aprofundar, na Atenção Básica, o desmonte que já se vê em muitas unidades ambulatoriais e hospitalares da rede pública. “Assistimos e temos notícias da progressiva transferência para o setor privado de muitas das responsabilidades do setor público com as ações de saúde. O fenômeno se repete para os serviços diagnósticos, tanto laboratoriais quanto de imagem. Laboratórios privados vêm substituindo, e não mais complementando, laboratórios públicos que sofrem enormes restrições para a aquisição de equipamentos e contratação de recursos humanos”, reforçou.

## DECISÃO AUTORITÁRIA

De acordo com o presidente do Conass, Michele Caputo Neto, a modificação da Pnab traz modernização. “Foi um pedido unânime dos gestores”, declarou ele à Consensus. “Agora os municípios poderão receber recurso financeiros federais pelo que fazem, e as comunidades mais distantes terão ganhos importantes por conta do financiamento que vai passar a ser possível”.

Os críticos às mudanças concordam que nem tudo funcionava perfeitamente na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família, mas discordam da maneira como as alterações foram conduzidas. “Entendemos que é uma política que precisa sim ser qualificada, ter continuidade na sua discussão e no seu aprimoramento, que precisa encarar melhor a diversidade territorial do país e, portanto, deveria se comportar mais como diretriz do que como norma”, explicou Liu, lembrando que o Conselho Nacional de Saúde tomou uma posição contrária à revisão. A conjuntura política e o momento foram totalmente inoportunos, segundo ela. “As representações políticas estão fazendo seus encaminhamentos autoritários e antidemocráticos. A revisão continuou acontecendo por uma decisão de ordem direta do atual ministro, portanto dos entes de gestão”.

Houve mais de seis mil contribuições durante a consulta pública a respeito da reforma da PNAB. Segundo a ativista, nada foi considerado ao redigir o documento final. “Houve uma mobilização social enorme, tanto para apontar que a sociedade não queria essa reformulação nesse momento, e para que questões importantes fossem consideradas. Ficou muito evidente a manobra, o processo antidemocrático, que os entes de gestão operaram a partir do ministério da Saúde. Foi apontado de forma muito categórica, enfática, incisiva, que não se queria a reforma. A sociedade deixou claro que não queria, por exemplo o padrão de acesso, ou seja, a carta ou cesta de serviços”, reclamou. 

A Atenção Básica é fruto do conhecimento produzido ao longo dos anos e de experiências internacionais e nacionais. “Ela é mais um acúmulo do que uma ruptura de práticas que envolvem o cuidado e a engenharia institucional dos sistemas de saúde”, define o pesquisador Carlos Henrique Paiva, coordenador do Observatório História e Saúde da Casa de Oswaldo Cruz (Depes/COC), da Fiocruz. Em entrevista à *Radis*, ele fala sobre a construção do termo Atenção Básica que, em sua visão, não é só uma, mas muitas. “São concepções que não se referem apenas a sistemas de saúde, mas de sociedade”.

## Qual o marco inicial da Atenção Primária?

A conferência realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978, marca o momento em que começa a orientação ou a política de Atenção Primária em Saúde (APS). Mas eu percebo que ela é menos o ponto de partida e mais o de chegada. Porque a noção de rede e de cuidado integral não é uma invenção dos anos 70. Um exemplo é a Reforma Capanema, feita entre 1937 e 1941, que trouxe noções como a de território no cuidado de saúde, a enfermeira-visitadora, semelhante aos agentes comunitários de saúde, e iniciativas de educação sanitária. Essas concepções circulavam dentro e fora do Brasil e tinham em comum a ideia de que saúde produz desenvolvimento. É da interação desses grupos que é produzido um consenso que se chega a Alma-Ata.

## Como essas ideias são incorporadas no Brasil?

O Brasil se apropria dessas noções e as transforma em Atenção Básica. Há uma experiência brasileira de APS. Originalmente, o centro de saúde faria ações de prevenção e o hospital, de reabilitação e cura. Só que o centro de saúde é responsável por ações preventivas e reabilitadoras. Ainda não está claro porque fizemos isso. Mas o certo é que são várias as concepções que não se referem apenas a sistemas de saúde, mas de sociedade.

## É possível comparar essas experiências?

Essas experiências precisam ser entendidas no seu contexto que desenha a Política Nacional de Atenção Básica. Ela é herdeira de elementos que vão se combinando. Eu chamo de gramáticas sanitárias, que dialogam com o conceito contemporâneo de atenção primária, mas lidam com problemas de sua época. Há um acúmulo de conhecimento que funda conceitos e funções, estabelece um modelo e esses tendem à permanência. Só que é preciso repensar a história da Atenção Básica de forma mais ampla e perceber conexões, por exemplo, com a Organização Panamericana da Saúde (Opas). Ela é decisiva nesse processo todo já que abrigou um grupo de intelectuais sanitários progressistas e disseminou essas ideias, junto com muitos atores nacionais.

## Que problemas você identifica na Atenção Básica?

A falta de apoio financeiro e político é sempre lembrada como um problema. Eu percebo que uma das fraquezas é a ausência de profissionais doutrinariamente alinhados com a proposta da Atenção Básica. Há a adesão de enfermeiros, mas estudantes de Medicina pensam desde o início na especialização que vão fazer. Geralmente é o mercado quem define essa escolha, no que vai dar mais dinheiro. Eu sou professor e considero um equívoco que meus alunos chamem de “pobreologistas” os que optam por trabalhar com Atenção Básica. É assustador. (L.M.) 

# ACS em risco

**Radis acompanhou uma equipe de agentes comunitários de saúde e mostra como a nova Pnab pode afetar a categoria**

ANA CLÁUDIA PERES

## PRIMEIRA PARADA

**É** cedo. Enquanto prepara a mochila para a visita domiciliar daquela manhã, a agente comunitária de saúde Rosângela Barbosa não para. Atravessa o corredor do Centro de Saúde Escola Germana Sinval Faria, que funciona no campus da Fiocruz, no Rio de Janeiro, dirige-se a um guichê, entra no consultório, conversa com o médico. Só relaxa quando consegue a receita que levará para a casa de um dos pacientes, onde entregará também outros remédios que ele necessita. Passa um pouco das 10 horas quando a ACS deixa o local em direção à Vila Turismo, em Manguinhos, área considerada de alta vulnerabilidade.

O percurso até as ruazinhas em zigue-zague da favela tem cerca de um quilômetro, que ela enfrenta sem fadiga apesar do sol escaldante e do perigo para cruzar uma avenida de trânsito intenso cujo semáforo continua quebrado, ela observa. Rosângela tem pressa, está preocupada. O roteiro começa pela casa de Andressa Cristine Pereira, grávida de 38 semanas, que havia faltado à última consulta do pré-natal, dois dias antes. Para em frente ao cartaz afixado na porta da casinha de paredes brancas: bolo no pote R\$ 4,00; palha italiana: R\$ 2,00. Toc toc toc. Chama a gestante pelo nome. Insiste. Mas não escuta resposta. Uma garotinha que passa por ali informa que a jovem já teve o bebê, passa bem, em dois dias estará em casa. Rosângela toma nota na caderneta. Voltará para o acompanhamento, as orientações, uma visita com a equipe técnica. “É preciso fazer o teste do pezinho”, diz, antes de seguir caminho.

Um dos principais componentes da Política Nacional de Atenção Básica, espinha dorsal do Estratégia Saúde da Família, os agentes comunitários de saúde sentem-se diretamente ameaçados pelo texto recém-aprovado para a Pnab. Na opinião de Wagner Souza, vice-presidente do Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Município do Rio de Janeiro (Sindacs-RJ), a nova política “praticamente acaba com os ACS”.

Isso porque, entre outras medidas, flexibiliza a quantidade de agentes presentes nas equipes de Saúde da Família. Se antes o número mínimo de agentes exigidos por equipe era quatro, agora é de apenas um. Além disso, uma nova modalidade de equipe denominada Equipe de Atenção Básica (EAB) permite uma composição formada apenas por médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem, sem a necessidade do ACS.

Com 14 anos de profissão, Wagner tem orgulho de fazer parte da categoria. É possível mesmo dizer que, por meio de atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, os agentes comunitários ajudaram a reduzir no Brasil a mortalidade infantil e a mortalidade materno-infantil e a aumentar a cobertura vacinal e de exames preventivos, como reconhecem organismos internacionais e o próprio Ministério da Saúde. Agora, ele teme um retrocesso. “Esses são problemas que nós, a população usuária do SUS, vamos voltar a enfrentar. Se olharmos apenas pela ótica dos serviços ofertados à população, esse já é um impacto bem negativo da nova Pnab”, alerta Wagner.

## TRABALHO HUMANO

Outro ponto polêmico do texto publicado em setembro prevê que os agentes podem assumir tarefas que antes eram privativas do profissional de enfermagem, como fazer curativos e aferir pressão e glicemia. Essa ideia inquieta Anastácia dos Santos, que também integra a equipe que *Radis* acompanhou durante visita domiciliar em Manguinhos. “Estão querendo transformar um trabalho que é estritamente humano em um trabalho tecnicista, obrigando o agente a tarefas que são do técnico em enfermagem”, pondera. Para ela, embora com igual importância, esses profissionais têm papéis distintos dentro do Sistema Único de Saúde. “Acho que as equipes não precisam de um ACS que seja técnico em enfermagem. A gente precisa de mais gente que mobilize; que esteja na favela; que oriente a



Rosângela Barbosa durante encontro com morador, em Manguinhos: vínculo com o território

EDUARDO DE OLIVEIRA

população em relação à saúde; que entenda os signos e significados do território a fim de traduzir para as equipes técnicas; e que encaminhe a população para atendimento nas unidades básicas, quando necessário”.

Em sua defesa, o Ministério da Saúde argumenta no Portal da Saúde que o texto da nova Pnab, ao contrário, valoriza a atuação dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias (ACE) e que a iniciativa atende às diferentes realidades dos municípios, tornando a assistência “mais resolutiva”. No entanto, apesar de negar qualquer intenção em por fim aos ACS, o ministro da Saúde Ricardo Barros disse, em audiência pública no dia 10 de agosto, antes ainda da aprovação da Pnab, que “não devia ter agente de saúde e de endemia”. Para Barros, não faz sentido existir dois tipos de funcionários “executando o mesmo serviço”. “É preciso ter um único agente visitador às casas que tenha qualificação e capacidade de fazer acompanhamento e eventualmente fazer um curativo, coisas mais simples”, afirmou o Ministro, suscitando polêmicas. Após a votação do texto na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o Ministério divulgou que serão capacitados cerca de 200 mil profissionais nos próximos cinco anos.

Hoje, a formação profissional ainda é um imbróglio. Desde 2004, está publicado o referencial curricular para o curso técnico de ACS, mas até agora não foi aprovado o financiamento de 1,2 mil horas da formação técnica, o que torna impossível a oferta universal. Dessa maneira, foram oferecidas apenas as 400 horas da primeira etapa da formação técnica sem que chegasse a todos os ACS. Rosângela e Anastácia — as agentes comunitárias que *Radis* acompanhou pelo território — lamentam ainda não ter conseguido fazer o curso oferecido pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) com aulas duas vezes por semana em tempo integral. Em entrevista para a edição de julho de *Radis*, a pesquisadora da EPSJV Márcia Valéria Morosini foi categórica ao afirmar que a habilitação profissional é fundamental para transformar os agentes comunitários em uma categoria “mais forte e menos

vulnerável às dinâmicas e conflitos de interesse”. Para ela, esse é um direito que não poderia ser negligenciado.

## QUALIFICAÇÃO EXTENSIVA

Para a médica Celina Boga, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), é bem possível que a qualificação dos ACS ainda esteja aquém do desejável, como apontam vários estudiosos do tema. De qualquer forma, ela ressalta que esta qualificação, na opinião desses mesmos estudiosos, deve ser extensiva aos gestores, pressupondo mudanças de atitudes e práticas. “Não é fácil trabalhar com saúde. Isso todos nós reconhecemos. Com certeza, é mais difícil ainda no nível local, onde os problemas e dificuldades têm nome e sobrenome”, avalia Celina. “A contrapartida é que é possível apreciar em que medida as teorias têm sustentação e utilidade social e conferir sua correspondência às necessidades reais. No caso do trabalho do ACS, a correspondência é inequívoca”.

O trabalho dos agentes comunitários de saúde existe antes mesmo da profissão ser reconhecida como tal, há mais de 20 anos. Experiências como a da Fundação Serviços de Saúde Pública (Fundação Sesp), das visitadoras sanitárias ou ainda do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento podem ser consideradas precursoras do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), implantado em 1991. Celina lembra que, ainda em 1987, o Ceará consolidou a ação dos agentes como trabalho organizado para enfrentar os efeitos da seca sobre a saúde da população do estado. “Não só a expansão e o reconhecimento positivo dessa experiência como a própria consolidação do SUS determinaram o avanço e a regulamentação do trabalho dos ACS como profissão em 2002, através de lei específica”, rememora. Em 2006, outra lei definiu o caráter público do processo seletivo para essa categoria profissional.



## SEGUNDA PARADA

Na prática, cabe ao ACS orientar a população quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis, realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea e acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade no território – ou na microárea, como as regiões geográficas são conhecidas. Funciona assim: há visitas mensais aos grupos prioritários, como crianças, idosos, gestantes ou pessoas com tuberculose. Em muitos casos, pode acontecer mais de uma visita para a realização da busca ativa, além do agendamento ou reagendamento de consultas e entrega de medicamentos. Há ainda a necessidade de atualizar o cadastro das famílias residentes naquele território. Mas a atividade é ainda mais abrangente do que está na letra da lei.

Rosângela chega para a segunda parada naquela manhã de novembro. Antes mesmo de ser recebida pela dona da casa, o cachorro Toddy vem ao seu encontro como se identificasse uma velha conhecida. Nessa residência, a ACS precisa entregar a guia de marcação dos exames pré-operatórios de seu Antônio Rodrigues. O lance íngreme de escadas não parece apropriado para o senhor de 65 anos, que vem sofrendo com um problema no joelho. A esposa dele, dona Maria Cecília Gonçalves, conta que já tentaram “trocar” de casa. “Mas tenho muito medo das enchentes que invadem as casas térreas. Se precisar, depois da cirurgia, eu chamo cunhado e irmão pra ajudar no sobe e desce”. Seu Antônio não se encontra. “Arrumou um trabalho na padaria”, atualiza dona Ciça, como é chamada. É ela quem recebe todas as orientações passadas por Rosângela, inclusive sobre a necessidade de ir com o esposo até a unidade básica com um documento de identificação para agendar um exame específico. O café e os biscoitinhos da roça não havia naquele dia, desculpa-se dona Ciça, mas ainda sobra tempo para uma

conversa sobre as histórias da família e condições de vida.

Perto de meio-dia, a equipe segue para a casa de seu Adolfo dos Santos — o senhor para quem Rosângela deve entregar os remédios e a receita da história contada no início deste texto. No caminho, a cada dois passos, ela é abordada por um morador. Numa esquina, reconhece uma jovem ao telefone que interrompe a ligação no celular para conversar diretamente com a ACS. Estava feliz de encher os olhos porque finalmente conseguiu encaminhar o filho para oftalmologista e fonoaudiólogo, além dos exames de audiometria. Rosângela está a par do assunto e faz questão de saber todos os desdobramentos. O itinerário continua. Seu Adolfo não está em casa, mas alguém o viu na Associação de Moradores e é para lá que a equipe vai se encaminhar em breve.

## MOBILIZADORES

“Nosso trabalho é 24 horas por dia sete dias por semana”, diz a ACS, sem reclamar. Como, de acordo com a normatização da profissão, o agente comunitário deve residir na área em que atua, é comum vê-los exercendo a profissão mesmo fora do horário oficial, das 8h às 17h. “Pode ser domingo ou feriado. Posso estar na feira. Sempre vem alguém para tirar uma dúvida, pedir orientação. Por mais que você não esteja com o uniforme. Porque a gente sabe que muitas vezes nós somos a única ponte que esse usuário tem com a unidade de saúde”, conta Rosângela. Anastácia reforça que o vínculo é importante e ajuda na relação de cuidado contínuo com o território. Ela lembra o carinho com que um dos moradores lhe recebe sempre que está em visita depois de ter descoberto que ela era neta de um grande amigo dele.

Para Wagner Souza, esse grau de proximidade é essencial para o trabalho. “A gente consegue entender a conjuntura familiar ou os motivos por que aquela senhora



Da esquerda para direita, as ACS Anastácia e Rosângela chegam para visita domiciliar; na casa de dona Maria Cecília, entre histórias de vida e orientações para exames; e na associação comunitária, com uma ex-moradora: educação e promoção de saúde

NENHUM  
AGENTE DE  
SAÚDE  
A MENOS  
#SOMOS  
SUS

vive com pressão alta, por que aquela pessoa nunca está bem, por que aquela outra é agressiva”, diz. Além disso, há algo que, na sua opinião, corresponde ao principal papel do ACS. “O agente de saúde também é mobilizador, a gente tem que incentivar aquela população a mudar o estilo de vida e a reconhecer os seus direitos”. Anastácia concorda. Para ela, o ACS faz um trabalho de educação e promoção da saúde. “Ele tem um poder de mobilização avassalador porque entra nas regiões mais afetadas pela questão social e pela má distribuição de renda”, afirma, acrescentando que considera que há um interesse político claro na tentativa de desestabilizar os ACS.

Segundo o vice-presidente do Sindac-RJ, os gestores sabem a força do agente comunitário junto à população e, para ele, é isso que está sob ameaça com a nova Pnab. “E que, na verdade, sempre esteve”, explica. Wagner se refere a uma série de ações que há tempos vêm colocando em risco o trabalho dos ACS. A gota d’água aconteceu ainda no ano passado, com a assinatura das portarias 958 e 959 pelo Ministério da Saúde, que modificavam a equipe mínima de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família determinando a substituição dos ACS por auxiliares ou técnicos de enfermagem. A repercussão negativa e a intensa mobilização dos agentes levaram à revogação das portarias (veja *Radis* 178). Apesar disso, os rumores continuaram e, em outubro de 2017, um documento síntese do 7º Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica propunha flexibilizar a composição das equipes nos territórios e defendia a fusão entre os ACS e ACE.

### “PNAB DESTRUIDORA”

O clima de instabilidade persistia. Em junho último, a aprovação na Câmara Federal de um projeto de Lei colocou os próprios ACS em lados opostos do ringue. De um lado, aqueles que acham que o PL dá certa estabilidade e garante direitos da categoria. De outro, os que veem o projeto como ameaça. Em reportagem na edição de julho de *Radis*, a presidente da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (Conacs), Ilda Angélica, disse que a intenção do PL é assegurar a sobrevivência dos ACS como profissional de saúde. Segundo Ilda, a lei vai oferecer segurança jurídica às duas categorias e garantir que não exista Atenção Básica sem a presença dos agentes comunitários de saúde. Mas para Wagner, o PL não resguarda a categoria. “Tanto assim que a Pnab chegou destruidora. Parece até que foram feitos de forma combinada. Juntamente com a Pnab, o que o PL faz é inviabilizar a profissão do ACS”. O Projeto agora está tramitando no Senado.

Indagada sobre a questão dos ACS ser considerada o ponto crítico da reforma da Pnab, a pesquisadora da Ensp Celina Boga é enfática: “É um trabalho insubstituível e, como tal, não pode ser ‘negociado’ na nova Pnab”. Ao invés disso, ela sugere que o papel dos agentes precisa ser fortalecido através de sua qualificação permanente, como agente mobilizador que identifica, não só a determinação social dos problemas de saúde de uma comunidade, mas também “identifica/constrói/consulta usuários sobre ações de saúde concretas, necessárias e adequadas à determinada comunidade”. Como exemplo, ela cita exatamente a experiência dos ACS em Manguinhos, na luta pela paz, na identificação e responsabilização em situações de abuso de autoridade e violação de direitos individuais e coletivos e na identificação de situações limites que ocorrem entre indivíduos e famílias. “A ação diversificada e qualificada dos ACS não supera os dilemas do território, mas, sem dúvida, orienta a ação coordenada da equipe e do serviço de saúde”, indica.

## TERCEIRA PARADA

Associação de Moradores e Amigos da Vila Turismo. É lá que as agentes comunitárias encontram seu Adolfo. Rosângela o alcança sentado entre outros moradores, entrega-lhe o pacote de remédios e conversa com ele para algumas considerações — à noite, ainda irá telefonar para a irmã-cuidadora com as demais recomendações. Ali, na entrada da Associação, a ACS é recebida com abraços por uma ex-moradora da microárea que aproveita para perguntar pelo médico de quem sente muita falta. Também conversa com o senhor com problemas de locomoção, que quer tirar dúvidas sobre atendimentos. Mas há espaço também para as queixas da população, que ela escuta com paciência, prometendo encaminhar o que for possível à unidade básica.

De acordo com dados do Departamento de Atenção Básica (DAB/MS), no início de 2017, entre os 5.570 municípios brasileiros, havia 5.431 com agentes comunitários de saúde. No total, existem 260.755 ACS para responder a uma população de quase 194 milhões de pessoas. Ainda segundo o DAB, em janeiro deste ano, em torno de 333 mil ACS eram credenciados junto ao MS, outros 271 mil estavam cadastrados no sistema e 258 mil, efetivamente implantados. “Pouco ainda”, insiste Celina, “se considerarmos a extensão do país e as grandes diferenças regionais”. Tomando apenas o estado do Rio de Janeiro como exemplo, havia no começo do ano 15.703 ACS, cobrindo uma população estimada em 8.794.299 habitantes.

### GREVE E TABLETS

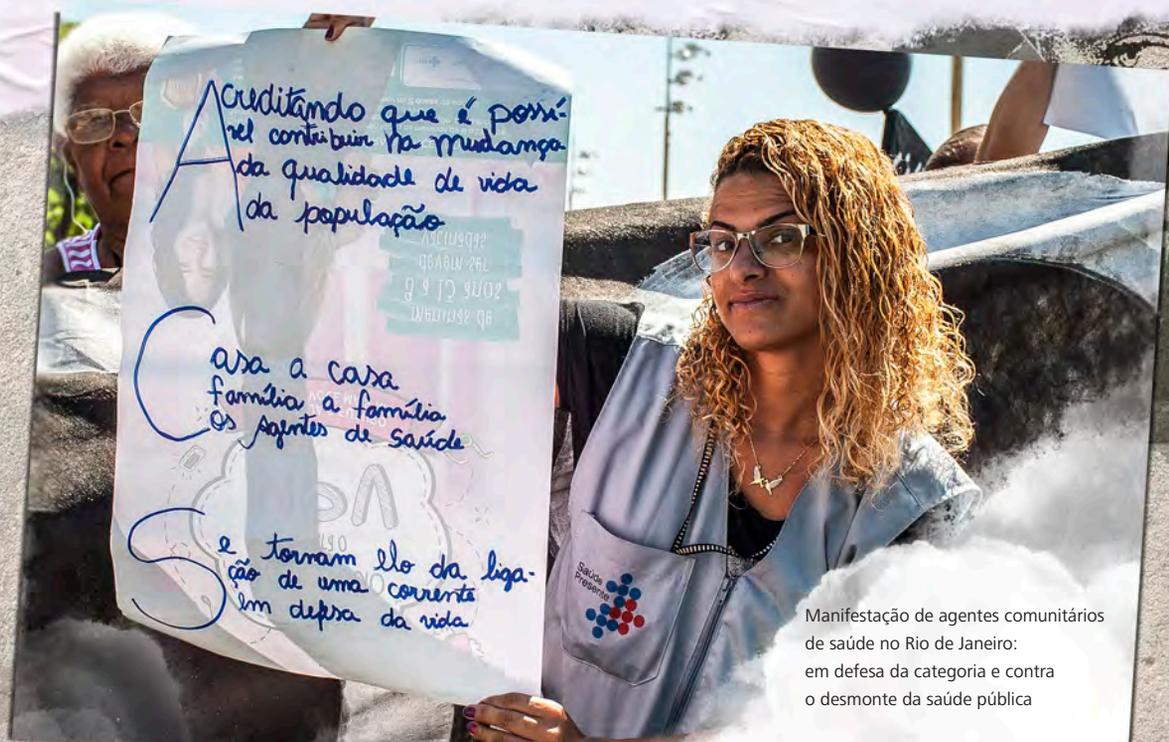
A visita a Manguinhos se deu exatamente na véspera da categoria entrar em greve no município, dia 21 de novembro. Entre os pontos reivindicados estão reposição salarial; garantia do salário dos meses de outubro a dezembro, além do décimo terceiro; manutenção de insumos e medicações nas unidades de saúde; o não-desmonte da saúde pública; a luta por “nenhum serviço a menos, nenhum profissional a menos”; a efetivação dos agentes comunitários de saúde e a recontração dos agentes demitidos em consequência dos cortes. No Rio de Janeiro, como em outras capitais, a Atenção

Básica foi entregue ao modelo de Organização Social (OS). “Nesses casos, a vulnerabilidade é muito maior”, diz Wagner apontando como reflexo imediato da nova Pnab a demissão de 59 agentes comunitários no município. “Isso já está acontecendo. Para se adequar à nova Pnab, só durante o mês de outubro, incluindo todas as categorias da AB, foram demitidos 179 profissionais na capital”.

Enquanto isso, o ministro Ricardo Barros costuma apontar como ponto positivo da reforma da Pnab a distribuição de *tablets* ou *smartphones* para todos os agentes do país, apostando na informatização para ampliar o papel dos ACS durante a coleta de dados nos territórios. “Os ACS vão poder lançar imediatamente as informações que coletam casa em casa. Mas é preciso que a unidade básica tenha também o computador com conectividade. Quer dizer, é todo um conjunto de esforços que será feito e que já está em andamento”, disse o ministro da Saúde, na audiência pública de agosto, elencando também como novidade da gestão informatizada a biometria dos funcionários e usuários para a criação dos prontuários eletrônicos.

Wagner torce para que toda essa tecnologia possa ser usada para melhorar a assistência à população, mas ele teme que isso sirva antes para burocratizar os serviços ou ainda como forma de controle dos trabalhadores. Hoje, os agentes comunitários têm que cumprir uma meta mínima de 75% de cobertura em sua microárea. Na volta da visita domiciliar, é preciso relatar, colocar no sistema e gerar um relatório de acompanhamento pelo qual serão cobrados posteriormente. “É importante para alimentar as informações que o médico e o enfermeiro irão utilizar. Mas não dá conta da riqueza do que vivemos no território”, diz Anastácia.

A julgar pelo que a equipe de *Radis* presenciou, o trabalho do ACS não cabe nos relatórios. “Os territórios são complexos, atritados, sistematicamente violentados de muitas formas diferentes. Não faltam problemas, de toda ordem, para todos os cidadãos”, conclui Celina Boga. “Ainda assim, é possível dizer que, do ponto de vista da política pública, há pleno reconhecimento de seus resultados sobre a saúde da população e consequentemente de sua importância”. As dificuldades de implantação do trabalho dos ACS de modo 100% eficaz existem, mas, para ela, é possível “ver, sentir e testemunhar” o compromisso de todos os membros das equipes com seu trabalho. 



Manifestação de agentes comunitários de saúde no Rio de Janeiro: em defesa da categoria e contra o desmonte da saúde pública



3 perguntas para Carlos Vasconcellos

# "Não há atenção básica no Rio"

BRUNO DOMINGUEZ

No Rio de Janeiro, o temor com o futuro da Atenção Básica não é maior do que com o estado atual dela. Previsão de fechamento de unidades, demissão de agentes comunitários, diminuição de equipes de Saúde Bucal, falta de medicamentos essenciais e atraso no pagamento de salários levaram à criação da campanha "#NenhumServiço de Saúde a Menos" (<https://www.facebook.com/NenhumServicoMenos>), que desde agosto já contou com mais de 200 manifestações pela cidade. Um dos fundadores do grupo que reúne profissionais da Atenção Básica, o médico de Família Carlos Vasconcellos, que atende no Centro de Saúde Samora Machel, no Complexo da Maré, avalia que a saúde no Rio está "em colapso".

## Como surgiu a campanha?

Nosso alarme soou quando, em agosto, surgiu a notícia de que a secretaria municipal de Saúde iria fechar 11 Clínicas da Família na região de Jacarepaguá e Barra da Tijuca por questões de orçamento. Profissionais de saúde, começamos a nos comunicar por meio de redes sociais e, no mesmo dia, marcamos uma reunião dos trabalhadores da atenção primária no Instituto Pinel. Apareceram 300 pessoas. Não imaginávamos que ia tanta gente. Decidimos então iniciar esse coletivo para pressionar contra o fechamento das unidades. Conseguimos que o prefeito voltasse atrás. Porém, de lá pra cá, percebemos que o desmonte da saúde no Rio não era localizado naquela região, mas sistêmico. E decidimos levar adiante o lema "Nenhum serviço de saúde a menos".

## Qual é o cenário da Atenção Básica no Rio de Janeiro hoje?

Logo após a notícia do possível fechamento das unidades,

soubemos da demissão de 180 trabalhadores da Atenção Básica que tinham contratos via organizações sociais (vínculo a que, aliás, nós nos opomos), em outubro. Eram principalmente agentes comunitários e profissionais de Saúde Bucal. Dos 217 medicamentos que deveriam estar disponíveis, há apenas 33 no estoque central da secretaria. Só há um antibiótico em suspensão e um em comprimido. Não tem dipirona, ibuprofeno, itens básicos. Na Saúde Mental, não há nenhum antidepressivo, nenhum antipsicótico, não tem diazepam, não tem aldol, praticamente nada. O cidadão que necessita de medicamentos de uso contínuo está sem opção. As farmácias populares da rede própria foram fechadas. Os convênios com farmácias privadas só cobrem hipertensão, diabetes e asma e têm previsão de serem reduzidos. Depois de muita pressão, a secretaria anunciou que encaminharia R\$ 30 milhões para compra de medicamentos, dos quais R\$ 5 milhões para a Atenção Básica, mas é insuficiente — por mês, seriam necessários R\$ 8 milhões e já há um déficit de dois meses. Há 5 mil profissionais sem pagamento. Não tem Atenção Básica hoje em funcionamento no Rio de Janeiro. Está tudo em colapso.

## Como a nova Pnab impacta esse processo de desmonte?

A aprovação da nova Pnab piora esse processo. O município avisou que vai cumprir as resoluções da nova Pnab, que prevê a redução do número de agentes comunitários e de equipes de Saúde Bucal. Como agora não há mais critérios mínimos para a saúde bucal, a secretaria viu a possibilidade de reduzir serviços sem perder recurso federal. Hoje, já há equipe que atende uma população de 40 mil pessoas. 



# QUEM BANCA O ESSENCIAL

## Nova Pnab está ligada às disputas pelo financiamento do SUS e ao cenário de cortes nas políticas sociais

LUIZ FELIPE STEVANIM

**F**im de papo. Os gestores bateram o martelo e aprovaram a nova Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (31/8) — instância de decisão que conta com a presença de representantes do Ministério da Saúde e de secretários municipais e estaduais de saúde. Uma das principais mudanças é que os recursos repassados pela União para financiar a Atenção Básica vão ser direcionados não apenas a equipes de Saúde da Família, mas a outras modalidades de Atenção Básica tradicional. Menos de um mês antes de aprovada a revisão, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou recomendação (11/8) em que afirmava que a proposta dos gestores contrariava a prioridade dada à Saúde da Família; reivindicava ainda que houvesse mais discussões sobre o tema, com a participação também de usuários e trabalhadores — mesmo com a consulta pública de 10 dias, ocorrida em início de agosto, para obter contribuições sobre a nova política, a proposta de revisão se manteve inalterada em sua essência, permitindo a existência de outras modalidades de Atenção Básica aquém do modelo proposto pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Se foi rejeitada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), por que a revisão da Pnab conseguiu unir os gestores das três esferas — União, estados e municípios? Em nota conjunta, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), que representam, respectivamente, as instâncias municipais e estaduais, defenderam a necessidade de aprimoramento da Pnab.

Segundo afirmam, a revisão deve ampliar o escopo de atendimento e possibilitar que as pessoas tenham o máximo possível de suas necessidades resolvidas na Atenção Básica. De acordo com o Conasems (1/9), a proposta aumenta o número de equipes aptas a receber recursos. Isso porque além da equipe de Saúde da Família, a portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 prevê que os investimentos federais também possam contemplar uma nova modalidade chamada de Equipe de Atenção Básica (EAB), no modelo tradicional e com menos profissionais.

Aprovada menos de um ano depois da Emenda Constitucional 95, de dezembro de 2016, que congelou por 20 anos os recursos destinados às políticas sociais, a revisão da Pnab ajuda os gestores a lidarem com uma nova realidade — em que falta dinheiro para investir na saúde. “Essa Pnab chamada de ‘nova’ foi feita para cortar gastos, em uma área essencial e que vinha avançando muito desde meados dos anos 90 e em especial no último período”, afirma o médico sanitário Hêider Pinto, que foi diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde entre 2011 e 2014. Na sua avaliação, o novo formato da Pnab teve apoio dos municípios pelo fato de os recursos estarem congelados e com perda de valor real. “Sozinhos, sem recursos e de frente ao abismo, os municípios cedem à proposta do Ministério que pode ser resumida da seguinte maneira: ‘como não irei lhe dar mais nenhum tostão, então, pelo menos, também nada lhe exigirei de garantia de acesso e qualidade’”, destaca à *Radis*.

De acordo com o economista e consultor da



Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Funcia, o cenário aponta para o esvaziamento sobretudo da Estratégia Saúde da Família. “Uma das preocupações centrais diz respeito à possibilidade de se utilizar um recurso que antes era destinado às equipes de Saúde da Família para outras modalidades que possam aparecer”, ressalta. Segundo o analista, só é possível entender essa mudança diante de um cenário mais amplo de corte nos investimentos sociais. “Essa política entra em um momento em que começa a haver uma redução de recursos em termos reais que vai perdurar por 20 anos, com perda maior a cada ano”, assinala.

### DINHEIRO BÁSICO

Desde que foi criada, em 1994, ainda como programa (o antigo e popular PSF, ou “Programa Saúde da Família”), a ESF foi tomada como prioridade na expansão da Atenção Básica no país. O dinheiro investido nessa área é repassado pela União aos estados e municípios de duas formas: pelos chamados Pisos de Atenção Básica (PAB), que podem ser fixo ou variável. O PAB fixo cai na conta dos municípios mensalmente, de forma regular e automática, a partir do Fundo Nacional de Saúde; já o PAB variável é repassado às cidades mediante a adesão e implementação de ações como Saúde da Família, Saúde Bucal e formação de equipes com agentes comunitários de Saúde, entre outros.

Os números da saúde, porém, revelam uma tendência que tem ocorrido desde que o SUS foi criado: cresce a fatia do bolo que cabe aos estados e sobretudo aos municípios, enquanto a União tem “tirado o time de campo”. “Efetivamente estados e principalmente municípios passaram a alocar mais recursos próprios, com ações e serviços de saúde, e essa foi a parte boa; a parte ruim é que a União não acompanhou”, afirma Funcia. Segundo o economista, em 1991, ainda no início do SUS, o governo federal era responsável por cerca de 73% do financiamento da saúde; em 2014, essa parcela havia caído para 43%. Já a fatia do bolo que cabia aos gestores municipais era de 12% em 1991 e cresceu para 31% em 2014 — com o agravante de que os municípios têm menos capacidade de tributar, ou seja, de arrecadar dinheiro, do que a União. “Os municípios já estão no limite, não têm como colocar mais recursos. Para acompanhar, quem tem que botar dinheiro é a União”, completa.

De acordo com estudo dos economistas Águilas Mendes, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), e Rosa Maria Marques, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), publicado em 2014, os recursos federais financiavam 60,7% dos gastos públicos com saúde em 1994, quando a Estratégia Saúde da Família foi criada, ainda como PSF. Porém, 16 anos depois, em 2011, a parte da União (45,5%) já era

menor do que a fatia do bolo que cabia a estados e municípios juntos. Ainda assim, o governo federal continua sendo o “agente definidor da política de saúde no território nacional”, afirmam os autores. Como consequência, um dos problemas que o estudo aponta é que municípios menores não contam com recursos próprios suficientes para financiar a despesa não coberta pela União; por outro lado, as cidades grandes também têm carências de todos os tipos, por causa de sua realidade complexa.

Para a enfermeira, conselheira do CNS e presidente do Sindicato dos Enfermeiros de Sergipe, Shirley Díaz Morales, a mudança na política de Atenção Básica foi uma tentativa de resolver esse problema financeiro, sem pensar nos prejuízos que serão sentidos pela população e pelos profissionais de saúde. “O Ministério da Saúde tem contribuído cada vez menos com sua parte e os municípios têm tido um grande problema financeiro”, considera. Na sua avaliação, a revisão da Pnab é uma forma de desregular para resolver esse impasse que existia entre as esferas da federação em relação ao financiamento. “Para nós é muito claro que houve praticamente um acordo entre municípios e governo federal: ‘olhe, eu não tenho mais recursos financeiros para te enviar, mas por sua vez não vou dizer mais como você deve usar o que você tem’”, reflete. Segundo Shirley, quem vai pagar a conta é a população, pois a Atenção Básica já sofre hoje com uma realidade de subfinanciamento. “Pode haver uma migração de recursos destinados à promoção e prevenção de saúde para outras finalidades, porque, com a mudança, fica a cargo do gestor decidir onde gastar o dinheiro”, pontua [veja entrevista na página 32].

Outro agravante é que tanto o PAB fixo quanto o variável têm diminuído desde 2014: enquanto o valor executado no PAB fixo, em 2014, foi de cerca de R\$ 6,2 bilhões, em 2017 a previsão da lei orçamentária é de R\$ 5,2 bilhões, uma queda de 16,82%; já em relação ao PAB variável, que incide sobre a Saúde da Família, a queda será ainda maior, de cerca de R\$ 13,6 bilhões executados em 2014 para R\$ 10,6 bilhões previstos em 2017, uma diminuição de 21,91%. Quem explica o que está por trás desses números é ainda o economista Francisco Funcia: “A questão é que nós temos um modelo, chamado de novo regime fiscal, cujo objetivo nos próximos 20 anos é reduzir a participação das despesas primárias, incluindo saúde e educação. E a única forma de dar conta dessa perda é reduzir ações e serviços”, alerta. Para ele, a revisão da PNAB está atrelada à retirada de recursos do SUS e da seguridade social pelas próximas duas décadas, em prejuízo das políticas sociais.

### BÁSICO QUE SE TORNA MÍNIMO

A revisão da Pnab, para Hêider, é uma resposta do governo à necessidade de cortar gastos de forma imediata. “A nova Pnab respondeu da seguinte maneira:

reduza o número de agentes comunitários de saúde e de endemias; deixe de exigir que o médico e enfermeiro sejam especialistas em saúde da família; jogue fora a atenção integral e voltemos à lógica da queixa-conduta; quanto aos dentistas e Saúde Bucal, esqueça que eles existem”, reflete. Segundo ele, de fato a nova política amplia o número de equipes a receber recursos, mas faz com que equipes que não estavam aptas a receber investimentos anteriormente, pois não apresentavam a qualidade mínima exigida em avaliação, passem agora a receber.

“A nova Pnab produz um discurso que tenta desviar o olhar de sua essência que certamente resultará na desorganização da Atenção Básica, na redução de profissionais e da oferta de serviços, na piora da qualidade do atendimento e, conseqüentemente, na piora da saúde da população”, alerta Hêider. Ele ressalta que o Ministério da Saúde não aumentou nenhum dos repasses que faz para a Atenção Básica, que já acumulam mais de 20% de desvalorização real. Para o médico sanitário, o novo modelo de financiamento vai ainda aumentar a desigualdade existente entre as regiões brasileiras, pois privilegia as equipes de Atenção Básica que não funcionam de acordo com a Saúde da Família, concentradas em cinco estados mais ricos: São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Paraná. “Todas elas se concentram só em 700 municípios, os maiores e mais ricos. Deixam quase 4.900 de fora”, analisa.

Por que então municípios de todo o Brasil — do Norte, Nordeste e Centro-Oeste — apoiaram a mudança? “Porque vão aderir ao corte de gastos desmontando equipes de Saúde da Família e trocando o financiamento delas pelo novo modelo. Não é só o fim da expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família, é a sua retração”, explica Hêider à *Radis*. Em artigo no seu blog (28/8), o médico sanitário aponta ainda outras razões que justificam não financiar equipes de Atenção Básica que não sejam Saúde da Família: para ele, esse modelo que não é ESF não se organiza em equipe e sim em serviços e não tem área ou população delimitada ou cadastrada, o que dificulta os parâmetros mínimos de monitoramento, avaliação e controle. Segundo ele, o desempenho dessas equipes não ESF ficaram muito aquém do esperado no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), implantado a partir de 2012. A nova portaria prevê que as chamadas Equipes de Atenção Básica (EAB) podem ser compostas ao menos apenas por médico, enfermeiro e auxiliar ou técnico de enfermagem.

Em contraponto, Hêider defende que a versão anterior da Pnab, de 2011, atendia a diferentes situações e necessidades, como aquelas comuns a populações ribeirinhas ou de rua, por exemplo. “Independente do modelo, não dá para não ter médico, enfermeiro, agente de saúde, dentista, atuar no território e passar tempo suficiente na unidade para possibilitar o trabalho em equipe e o vínculo com o cidadão”, pontua. Ele também aponta que, para os municípios onde faltavam médicos, foram criados o



Equipe de unidade básica do Rio de Janeiro protesta contra problemas no acesso e na oferta de cuidado

Provab (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica) e o Mais Médicos. Hêider ressalta ainda que o PMAQ — iniciativa de avaliação das equipes de Saúde da Família, com consequência sobre o repasse de dinheiro — foi criado para financiar equipes dentro das diretrizes definidas pela política. “Ele permitia que se financiasse modelos mais ampliados e robustos de Saúde da Família ou outros modelos, mediante a constatação de resultados verificáveis”, pondera.

## QUALIDADE E ACESSO

Criado em 2012, com a Pnab que entrou em vigor em 2011, o PMAQ foi usado para ampliar o acesso e melhorar a qualidade da Atenção Básica, como explica a pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), Márcia Fausto, que atuou como avaliadora externa do programa. A avaliação, que está em seu 3º ciclo, reúne informações sobre o trabalho das equipes, a organização do cuidado e a articulação da Atenção Básica com a rede de serviços — o resultado ajuda a definir o recurso que é repassado aos municípios por meio do PAB variável. “O programa tem essa perspectiva do financiamento, na medida que o desempenho das equipes gera um repasse aos gestores municipais, que vai em tese utilizar esse recurso para enfrentar as situações e gerar melhorias na atenção à saúde da população”, ressalta Márcia.

Na edição de outubro de 2014, a revista *Saúde em Debate*, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), apontava que 70% dos municípios brasileiros aderiram ao PMAQ já no primeiro ciclo, quando 17.482 equipes participaram da avaliação;



EDUARDO DE OLIVEIRA

já no segundo ciclo, que ocorreu entre 2013 e 2014, foram 30.562 equipes, em 93,5% dos municípios brasileiros. “A adesão foi alta desde o primeiro ciclo. Agora temos mais de 90% dos municípios participando desse processo”, pontua Márcia — a Fiocruz é uma das colaboradoras da avaliação externa, da qual participam instituições de pesquisa de todo o país, por meio da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. Márcia conta que, no início, um dos desafios era a primeira abordagem com as equipes nos municípios, pois as pessoas ainda mostravam resistência, mas ela considera que ao longo do tempo foi criada uma “cultura de avaliação” voltada para a melhoria da qualidade na Atenção Básica.

O contato com as equipes de Saúde da Família em todo o país permite algumas reflexões sobre os desafios e as diferenças entre as regiões. Para Márcia, os problemas no acesso e na oferta de cuidado nas Unidades Básicas de Saúde espelham outros problemas sociais do país. “As piores estruturas estão espalhadas pelo Brasil inteiro, mas tem maior intensidade em regiões com os piores índices de desigualdade socioeconômica”, reflete. Segundo a pesquisadora, a versão anterior da política, de 2011, propunha um conceito de Atenção Básica abrangente, voltado para as principais necessidades em saúde da população. “Não é uma atenção primária isolada e sim com uma perspectiva sistêmica, articulada com os outros níveis de atenção. Ao longo de toda sua trajetória, a gente teve o modelo de Saúde da Família como um modelo organizador da atenção primária”, ressalta.

Segundo Márcia, a Atenção Básica avançou em relação à cobertura ao longo das últimas duas décadas, mas permanecem desafios quanto à capacidade de integração em rede. “Se a gente for olhar para o início dos anos 2000, quando a Atenção Básica passa

a estruturar a rede de cuidado, ela se consolida como a porta de entrada do SUS e nós tivemos avanços importantíssimos nesse sentido”, analisa. De acordo com ela, a ausência de ações numa perspectiva regional afeta a capacidade de dar respostas a problemas que não estão dentro da sua área de atuação. Márcia avalia que a nova Pnab deixa de colocar essa preocupação na “agenda da saúde”. “A gente passa a ter vários tipos de Atenção Básica e várias oportunidades de acesso. Isso cria desigualdades num sistema que tem como princípio a universalização”, destaca. Segundo a pesquisadora, com a nova PNAB, um município pode se comprometer a ofertar à sua população apenas um padrão mínimo de serviços, enquanto a cidade vizinha poderia oferecer um padrão ampliado. “A igualdade de acesso deveria estar garantida dentro de um sistema universal. Se não é isso, nós temos que refletir se nosso sistema é mesmo universal”, alerta.

### SAÚDE “MÍNIMA”

Na avaliação de Francisco Funcia, para tornar o repasse de dinheiro mais justo e atender de fato as necessidades da população, só há uma alternativa: adicionar recursos ao sistema. “Sem colocar mais recursos, o chamado ‘dinheiro novo’, alguém vai ter que receber menos para outro receber mais, porque o bolo é o mesmo”, afirma. Porém, a política fiscal aponta no sentido contrário: para a redução de despesas, inclusive em áreas essenciais como saúde e educação. “Existe uma pressão para reduzir despesas porque o recurso mínimo vai ser menor no ano que vem do que nesse ano”, explica.

Em outubro, a procuradora-geral da República, Raquel Dodge, afirmou que a redução drástica do orçamento público em saúde viola os direitos à vida e à saúde. Em Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 5595), ela contestou artigos da Emenda Constitucional 86 de 2015 que estabeleceu um piso anual progressivo para o custeio, pela União, dos serviços públicos de saúde. Na visão de Funcia, a saída está em buscar outras fontes de receita para o SUS, por meio da taxação de grandes fortunas e da auditoria da dívida pública. “Precisamos também retomar a discussão sobre uma fonte de financiamento estável no orçamento da Seguridade Social”, defende.

Para Héider, somente um segmento se beneficia com o desmonte da Atenção Básica: os planos e clínicas populares. “Essa Pnab é um presente para eles e um crime contra a população”, afirma. Segundo ele, cada vez mais empobrecidos pelo desemprego, pela piora da economia e pela perda de direitos, os usuários do SUS vão buscar resolver seus problemas de algum modo, com a adesão aos chamados “planos populares e acessíveis”. “Em síntese, será, de um lado, menos acesso e qualidade para a população, mais tempo de espera, menos serviços ofertados e problemas resolvidos na Atenção Básica: cesta básica reduzida e rebaixada ao mínimo”. Porém, diferente do que aponta a nova PNAB, o essencial não é sinônimo de mínimo. 

# MAIS MÉDICOS MAIS ATENÇÃO

**Programa que revitalizou a Atenção Básica em todo o país reafirma que o médico tem de ir aonde o povo está**

LISEANE MOROSINI

**O** movimento é grande na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Barra do Sirinhaém, litoral Sul de Pernambuco, no início da manhã de terça-feira, 7 de outubro. Em um dos consultórios, a médica Raquel de Lacerda D'Assunção conversa com a agente comunitária de Saúde Gleize Maria de Almeida e Silva, sobre as visitas domiciliares que serão feitas logo mais. Em meio ao burburinho que dá vida à unidade, Raquel sai do consultório e rapidamente é abordada por usuários. Paraibana, a médica chegou ao distrito do município de Sirinhaém em março de 2016 por meio do programa Mais Médicos. Criado pelo governo federal em 2013 para suprir a escassez desses profissionais no interior e em locais de difícil acesso, o programa foi o empurrão que faltava para Raquel decidir atuar de forma exclusiva na Atenção Básica. “Eu gosto de Saúde da Família, da rotina diária da Atenção Básica, do contato e acompanhamento do paciente”.

Na porta da unidade, Sandra Maria da Silva, usuária do posto, aguarda a médica para conversar. “Ela é muito boa. Eu gosto do atendimento. Ela conversa com a gente e é bem fácil de entender o que ela fala”, conta a dona de casa. Raquel e Gleize deixam a unidade para fazer o primeiro atendimento do dia. Na praça, são esperadas por Manoel Francisco da Silva, de 84 anos, aposentado da Marinha Mercante. Seu Manoel caiu e faz uso de cadeira de rodas no processo de recuperação. Escolheu ser atendido na pracinha para “fugir um pouco do calor e conversar com mais calma”, explica, ao lado de sua filha, Neide Maria da Silva. E é em frente a sua casa, embaixo de uma árvore, num ambiente que em nada lembra o de um consultório, que acontece mais um atendimento de uma equipe da Atenção Básica do SUS. A pressão é aferida, exames são conferidos e a conversa rola solta. Quando a consulta é encerrada, seu Manoel agradece antes que Raquel e Gleize sigam a rota prevista, que ainda inclui mais seis visitas.





Conversa e atenção marcam o cotidiano da médica Raquel Lacerda D'Assunção: na unidade, ela conversa com grávidas, depois é abordada pela usuária Sandra Maria da Silva, e atende Manoel Francisco na praça em frente à casa em que ele mora

Atendimento mais humanizado; lógica assistencial pautada em prevenção de doenças e promoção da saúde; e vínculo e longitudinalidade do cuidado são algumas das bases que assentam o programa que revitalizou a Atenção Básica em todo o país. Em artigo publicado na revista *Ciência & Saúde* em setembro de 2016, o coordenador da Unidade Técnica do Mais Médicos, Renato Tasca, o consultor Julio Suárez e o representante da Organização PanAmericana da Saúde, Joaquín Molina, atestam que, "decorridos quase três anos desde seu início, é evidente o impacto do Mais Médicos na vida de milhões de brasileiros". O maior exemplo: pela primeira vez, habitantes de mais de 700 pequenas cidades brasileiras contam com um médico residente em seu território e não precisam se deslocar para outro município em busca de atendimento médico ou pagar por serviços particulares.

Em 2016, o programa contava com um contingente de mais de 18,2 mil médicos alocados em 4.058 municípios brasileiros e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas — 11,4 mil deles eram estrangeiros. Dados do Ministério da Saúde, coletados pelos pesquisadores, revelam que, entre agosto de 2013 e janeiro de 2016, a cobertura estimada da população atendida por equipes de Saúde da Família passou de 55,75% para 63,85%. O aumento de 14,4% pode ser associado à atuação dos profissionais do Mais Médicos, segundo os autores do artigo. Outro levantamento, de março de 2017, do Tribunal de Contas da União, comparou dois períodos — antes e depois da chegada do programa — em uma amostra de municípios e identificou um crescimento de 33% na média mensal de consultas nos municípios beneficiados. As cidades não atendidas pelo Mais Médicos tiveram um incremento inferior (14%).

## ENVOLVIMENTO E INTEGRAÇÃO

A 40 quilômetros de Barra do Sirinhaém, Marta Luiza Damasco de Sá, sanitarista com 30 anos de formada, também começa seu dia de trabalho. Marta trabalhou dois anos pelo Mais Médicos em Cavalcanti, na Chapada dos Veadeiros, cidade a 600 quilômetros de Goiás. Após um afastamento de seis meses, voltou



O comerciante Mário Rogério Guimarães em consulta com o médico Júlio Cézar: atendimento de qualidade e sem pressa

ao programa sendo lotada na UBS 5 de Julho, em Tamandaré, onde passou a morar. “O Mais Médicos é um marco. Antes, o sistema tinha Atenção Básica, mas, sem o envolvimento real do médico, a Medicina era simplesmente curativa”, avalia, observando que a capacitação dos profissionais faz com que se envolvam com as medidas de prevenção e promoção da saúde.



Elisângela e Ana Lúcia atestam que o Mais Médicos descongestionou o atendimento e veio para ajudar as equipes

Para a médica, o programa possibilita a integração de toda a equipe da unidade de saúde, já que o médico está mais presente no dia a dia. “O resultado é de todos. Eu não trabalho sozinha. Sempre tem uma equipe atuando”, salienta. Marta também destaca que a supervisão mensal é outro ponto-chave para a eficácia do programa. “A supervisão faz com que sejam cumpridas as premissas de Atenção Básica. Mostra que o cuidado tem que ser integral. O Mais Médicos sinaliza que não basta apenas aumentar a quantidade de médicos, mas que é preciso ter também qualidade no atendimento prestado”.

Durante a conversa com a reportagem de *Radis*, Marta é avisada que há uma urgência e vai atender Ezequiel Lucas de Oliveira, de 2 anos, que tem febre alta e está no colo da mãe, a dona de casa Jaciara de Oliveira. Mais cedo, Jaciara tinha ido ao hospital, mas como não houve melhora, voltou para nova consulta na UBS. A pressão do menino é aferida pelo técnico de enfermagem Jamerson Silva e ele é medicado. “Se ele não melhorar, você volta para nova avaliação”, pede a médica à mãe de Ezequiel, em seu 13º atendimento daquela manhã. “Hoje já teve resultado de ultrassom, criança com anemia nutricional, paciente com tosse, nódulo no ombro, retorno de um paciente com câncer de garganta [que foi encaminhado para o Recife], piodermite [bactéria na pele], uma menina que estava desfalecendo, infecção urinária e sinusite”, resume.

## PORTAS ABERTAS

Na UBS do Oitizeiro, também situada em Tamandaré, a enfermeira Elisângela Silva de Abreu comenta que a proximidade entre médicos e a população é o diferencial da Atenção Básica. Ela assegura que ali os médicos estão disponíveis oito horas por dia na unidade ou em atividade externa, o que os aproxima das pessoas. “A carga horária é toda dirigida para o trabalho da unidade. É desse jeito que a unidade fica de ‘portas abertas’. O médico realmente cumpre o horário e isso faz com que a comunidade saiba que pode contar com ele”.

Ana Lúcia Silva do Bonfim, que atua como ACS, não tem dúvidas de que o Mais Médicos descongestionou o atendimento e “veio para ajudar”. Segundo Lúcia, antes do programa os dois profissionais contratados na unidade trabalhavam em uma escala de tempo parcial ou em dias alternados. “Não dava para atender a demanda. Agora, a gente tem atendimento de manhã e à tarde e ninguém fica sem consulta. Tudo sem complicação alguma. O fluxo diminuiu bastante”, garante. A ACS vê ganhos que vão muito além da assistência direta. “Eu acho que os médicos adquirem experiências novas e trazem um pouco de sua cultura para também absorver a nossa”, conta, fazendo referência à clínica geral Jettel Medina Noa, médica cubana que chegou à unidade em fevereiro e é uma dos quatro profissionais do programa no município. “O pessoal da comunidade gosta muito dessa médica. Jettel tem um jeito especial e delicado para tratar os pacientes”.

O idioma de Jettel, que chegou a ser noticiado pela imprensa como uma barreira para o atendimento, de forma alguma impede o diálogo entre a profissional e o usuário, garante Ana Lúcia. “Ela está aprendendo mais a nossa língua. A população já está acostumada e aprova o atendimento no posto. Eu canso de ouvir ‘gostei muito da médica’ depois de visitas domiciliares”, ressalta.

Dados do Ministério da Saúde apontam que o Mais Médicos beneficia atualmente 63 milhões de pessoas. Muito criticado pelas entidades médicas quando foi lançado, o programa tem aceitação de 94% da população e em 2017 registrou a maior adesão de médicos brasileiros à iniciativa. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 2016 o Mais Médicos perdeu mais de 2 mil profissionais, e o número de municípios atendidos baixou de 4.058 para menos de 3.800.

Maria Bernadete de Cerqueira Antunes, professora da Universidade de Pernambuco, tutora do Mais Médicos, vê a nova Pnab como uma ameaça. “O programa fortaleceu a Atenção Básica no modelo da Estratégia Saúde da Família ao dotar médicos para compor as equipes. Há um desmonte em curso. A nova regulamentação propõe um modelo que funciona com ou sem ACS e vai impactar fortemente o programa”. Outro ponto que destaca é que o provimento de médicos aos municípios era medida temporária até que houvesse a formação de novos quadros para reposição. “A formação médica, que é um braço importante da lei, também está ameaçada”. Segundo ela, a lei do Mais Médicos condicionou mudanças nas diretrizes curriculares buscando formar médicos da Atenção Básica. No final de novembro, o Ministério da Educação suspendeu a abertura de novos cursos de medicina no Brasil até 2022.



A cobertura estimada de atendidos  
por equipes de Saúde da Família  
passou de 55,75% em 2013  
para **63,85%** em 2016.  
O aumento de 14,4% pode ser  
associado ao Mais Médicos

Marta examina o menino Ezequiel em mais uma manhã de trabalho: Medicina mais humanizada com maior envolvimento do médico

## VÍNCULOS FORTALECIDOS

A menos de um quilômetro da unidade do Oitizeiro, o médico Júlio César Martins Harrop segue a rotina de atendimento na UBS Estrela do Mar. Júlio é aposentado há oito anos pelo Ministério da Saúde. Para atuar na Atenção Básica, fez cursos e passou a clinicar na Estratégia Saúde da Família. Primeiro, em Jaboatão dos Guararapes, município ao lado do Recife, e desde agosto de 2016, em Tamandaré. “O Mais Médicos foi uma grande oportunidade para eu atuar na Atenção Básica”, reconhece. Júlio fez carreira como cirurgião-geral e destaca a diferença entre o atendimento que atualmente presta na unidade com o que já estava acostumado. “Eu percebo que aqui atendo de forma mais completa. Eu conheço mais profundamente o paciente e sua família, já que ela também é incluída no tratamento”, diz à *Radis*.

Júlio traduz na prática uma das metas do Mais Médicos, que buscou pautar o trabalho das equipes na prevenção de doenças e promoção da saúde. “Tratar diabetes e hipertensão sem a participação da família é bem difícil. Tem que ter esse apoio doméstico”, garante o médico, que em média atende 14 usuários por período de trabalho — além do ambulatório, faz cerca de seis visitas domiciliares semanais. Ele afirma que o retorno é grande, não só para quem é atendido. “É ótimo ver o paciente em casa, conversar, poder prestar um atendimento de qualidade e sem pressa”, salienta, assumindo o vínculo que passou a manter com a comunidade.

Na UBS, Júlio conta que normalmente trata pequenos casos clínicos, acompanha doenças como hipertensão e diabetes e realiza procedimentos. Quando o caso é mais complicado, o médico encaminha para o especialista. “Atendemos todos os casos e selecionamos o que é possível de ser resolvido”. Para ele, o aumento da frequência da comunidade à unidade é um ganho enorme que o Mais Médicos trouxe para os municípios. A enfermeira Marilene Fernanda Barros Melo Soares testemunha que o fato de o médico estar sempre presente na unidade também integra mais o serviço. “Quanto mais o médico ficar na área, melhor para o sistema, para a equipe e para a população. Como todo trabalho é feito em equipe, quando ela está bem sintonizada, tudo flui”, observa.

## FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS

Além do mérito imediato de solucionar a carência de médicos, Lírio Júnior, secretário de Saúde de Tamandaré, percebe que o programa também mudou a relação de forças na negociação de trabalho. “Antes os médicos tinham muito poder e a gente ficava de mãos amarradas. Sempre barganhavam [a remuneração] e nós tínhamos dificuldade em fixar profissionais. Eles trocavam de município por qualquer trocado a mais”, comenta. Tamandaré aderiu ao programa em 2013 e desde então ele confirma que o cenário mudou.

Situado na Zona da Mata Sul de Pernambuco, o município de Gameleira fica a 50 quilômetros de Tamandaré. A cidade de 30 mil habitantes é o território onde trabalha o ACS Geraldo Silva, que reforça a importância do Mais Médicos para fixar e evitar a rotatividade de profissionais. Levar médicos para áreas da periferia, pobres e situadas no interior como Gameleira, era uma das metas do programa. Geraldo confirma que “muitos não se interessavam pelo salário que o município pagava, já que podiam ganhar mais na capital”. “Queriam também continuar os estudos e se especializar”, salienta.

Ele conta que alguns médicos contratados por Gameleira atendiam em oito municípios de forma simultânea. “A semana tem sete dias. Não sei o milagre que faziam. Lembro de um profissional que trabalhava em três lugares diferentes. Ele dizia que iria chegar na unidade às 10h da manhã e chegava às 16h. Deixava a população toda esperando. E às vezes nem vinha”. Em 12 anos de profissão, Geraldo presenciou as dificuldades de pessoas que não contavam com o cuidado permanente de um médico. “Já encontrei criança com febre ou diarreia em casa. Ficava de mãos atadas. Hoje a gente tem médico na hora que o paciente precisa. Isso faz uma diferença enorme”, reforça.

Na prática, ele diz perceber que a atenção constante faz com que as pessoas adoecem menos. “Agora há menos procura por atendimento no posto”, diz. Quem procura a UBS Santa Maria é atendido pelo médico cubano Yamil Perez, que mora no município. “Yamil é bem disponível. O fato de ele estar sempre por aqui cria um vínculo muito forte. É importante ter um médico que conhece os usuários pelo nome”, reconhece. A barreira do idioma, presente quando Yamil chegou à Gameleira, logo foi derrubada, e a proximidade mantida entre o médico e a população faz com que Geraldo arrisque um prognóstico. “Seja cubano ou brasileiro, depois do Mais Médicos nenhum município vai conseguir viver sem médicos”, brinca. “Mas podemos acabar perdendo tudo se não brigarmos por esse direito. Sem o programa, vamos retroceder mais de dez anos. Vamos caminhar para trás. A Atenção Básica gera economia de dinheiro. Por isso temos que cobrar e participar do controle social”, recomenda o agente como medida para fortalecer o programa.

Em Sirinhaém, a 51 quilômetros de Gameleira, Vladimir José Arruda de Barros, operador de empilhadeira desempregado, espera por sua terceira consulta com a médica cubana Mabel Ávila Hernandez, na UBS Cristo Redentor, para verificar uma dor no ombro. “Na primeira vez achei que teria dificuldade. Apesar de ela falar espanhol, ou portunhol, eu entendo direito. Nunca tive problema algum para conversar e entender o que ela diz”, salienta. Vladimir tinha lido em revistas que a Medicina praticada em Cuba era bem satisfatória e acha a experiência do Mais Médicos muito boa. “Não deixa nada a desejar. Eu não tenho nada do que reclamar”, observa. Ao lado dele, a dona de casa Laudiane Lima Ferreira espera também para ser atendida. “A médica é bem legal. Ela fala devagar e dá para entender tudo direitinho”. 

# “O MOMENTO É DE RESISTÊNCIA”



“N ão existe superprofissional”. A frase é de uma enfermeira que acredita que só é possível garantir o cuidado integral com o ser humano, que começa na Atenção Básica, a partir de “olhares multiprofissionais”. Para Shirley Díaz Morales, que também é conselheira nacional de saúde e presidente do Sindicato dos Enfermeiros de Sergipe, o modelo de atenção à saúde que ganhou vida com a Estratégia Saúde da Família (ESF) está em risco com a reforma da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab). “Se essa mentalidade prevalecer, o SUS vai deixar de ser universal. Ele vai ser um SUS seletivo”, destaca, ao enfatizar que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) não foi ouvido na construção da nova Pnab, publicada pela portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2011. Desde 2003, quando se formou pela Universidade Federal de Sergipe, Shirley atua como enfermeira de Saúde da Família. Já trabalhou nas cidades sergipanas de Santo Amaro das Brotas, Gararu e Nossa Senhora da Glória — nessa última, ela é servidora pública desde 2008. Atualmente ela também faz parte do Grupo de Trabalho do CNS sobre Atenção Básica. “A ESF é um instrumento de consolidação dos princípios do SUS”, defende.

## Como foi a participação do CNS no debate sobre a revisão da Pnab?

O papel do Conselho Nacional de Saúde não é apenas de instância consultiva, mas de instância deliberativa em relação às políticas públicas de saúde. E infelizmente isso não está sendo respeitado. A revisão da Pnab, ainda em 2016, começou a ser tratada apenas na CIT [Comissão Intergestores Tripartite]. O CNS tomou ciência da situação e levou ao pleno que havia essa discussão entre gestores, sem a participação de usuários e trabalhadores. A gente conseguiu criar um Grupo de Trabalho voltado para a questão da Atenção Básica. O

CNS procurava saber qual era o teor do texto, qual era a discussão que ocorria dentro da CIT, para que os trabalhadores e usuários pudessem se debruçar e fazer as suas contribuições. Em nenhum momento aparecia esse texto oficial ou o conjunto de pautas debatidas. Então, após pressão do Conselho, que entendia que a política precisava passar pelo crivo da população, o Ministério da Saúde encaminhou uma consulta pública, mas ela não foi do jeito que a gente tinha deliberado dentro do CNS. Foi de apenas 10 dias e nenhuma proposta foi absorvida para resolver os problemas do texto da revisão. O papel do Conselho em todo esse processo foi de resistência, porque o Ministério da Saúde em nenhum momento sentou junto com o controle social para debater o tema de forma ampla e democrática.

## Quais serão os impactos da nova Pnab para os serviços de saúde?

O primeiro ponto é o papel da Estratégia Saúde da Família dentro da Atenção Básica como rede ordenadora. Nós entendemos que ela deixa de ser prioridade se é considerada opcional dentro da portaria. São criados dois tipos de equipes: a de Saúde da Família (eSF) e a de Atenção Básica (EAB). A gente questionou as diferenças gritantes que existem em relação à carga horária, à composição de equipes e à distribuição de área. Quais serão os critérios adotados pelos gestores para escolher o tipo de equipe? O Ministério da Saúde alega que não há diferença na prestação de serviço, entre a eSF e a EAB, todas vão fazer o mesmo tipo de trabalho. Ora, por que então o gestor vai pagar mais para ter outros profissionais, se não tem diferença? A lógica financeira vai levar a um corte de custos. Também vai acontecer a migração de recursos destinados à promoção e à prevenção de saúde para outras finalidades, porque fica a cargo do gestor decidir onde gastar o dinheiro.

### **Como os cidadãos brasileiros vão sentir essas mudanças?**

Se essa mentalidade prevalecer, o SUS vai deixar de ser universal. Ele vai ser um SUS seletivo. O gestor vai poder dizer qual população precisa e qual não precisa do sistema público de saúde. E para a Atenção Básica funcionar a contento, a ESF deve ser prioritária. Com a portaria de revisão da Pnab, os gestores quiseram resolver a questão do financiamento de uma forma rápida, cortando custos. Outro ponto é a definição dos serviços. Quando não há uma definição clara do que é o piso e do que é o teto, cria-se uma fragilidade muito grande. Se o padrão essencial não é definido, ou seja, com o que minimamente os gestores terão de arcar, acaba ficando a cargo do município dizer qual é o padrão mínimo. A revisão da política está ligada à toda a conjuntura construída pelo atual governo de privatização da saúde, com a proposta de "planos acessíveis". Por diversos momentos, o ministro da Saúde colocou que o SUS deveria ser deixado para quem não tem condições de pagar e que aqueles que podem pagar deveriam ir para o setor privado. Isso implica em uma mudança na nossa Constituição. Continua prevalecendo uma visão hospitalocêntrica em detrimento da promoção e prevenção de saúde. O que era apenas um receio por parte do controle social se tornou realidade.

### **E o que muda em relação aos agentes comunitários de Saúde (ACS)?**

Fica muito claro a questão do cerceamento do papel do ACS. Os agentes de saúde são fundamentais para garantir o acesso dentro dos princípios do SUS. Graças ao crescimento de seu papel político, para além de sua atuação na atenção primária em saúde, eles têm conseguido aprovações extremamente importantes para sua categoria, como a questão do piso nacional. Os gestores alegam que não têm como pagar esse piso dos ACS. A nova Pnab não garante a questão dos ACS, o que vai causar grande prejuízo à população. Os profissionais que cuidam da assistência em si, como as áreas de enfermagem, medicina e odontologia, precisam do agente comunitário, que fazem as visitas diárias e a busca ativa, algo que o restante da equipe não tem como fazer. Esse vai ser um grande impacto para a população.

### **O que a Estratégia Saúde da Família representa em relação à promoção e garantia da saúde da população brasileira?**

A ESF é um instrumento de consolidação dos próprios princípios do SUS. Quando o SUS foi pensado na reforma sanitária, o desafio era como fazer o que estava sendo proposto. Antes a gente tinha uma ideia do que fazer, faltava o "como fazer" e a ESF veio para ser esse "como". Por exemplo, como garantir a integralidade, se antes o sistema era centrado no profissional médico, em apenas uma vertente de saberes? Quando existe a figura do agente fazendo as visitas diárias, conhecendo a realidade da população, o sistema de saúde fica mais próximo das pessoas. O SUS se torna universal porque, independentemente de cor, gênero ou poder aquisitivo, ele "toca a campainha" de todas as casas e apartamentos. A integralidade passa a existir com o olhar multifacetado e com a presença de diversas profissões de saúde, de forma a garantir que o indivíduo como um todo tenha suas necessidades observadas. Com isso, há o acompanhamento do ser humano em todos os seus ciclos de vida.

### **Qual é o papel da equipe multiprofissional na Atenção Básica?**

Não é possível se pensar a Atenção Básica sem uma diversidade de profissionais que garanta a integralidade. A enfermagem não consegue funcionar sem a parceria com a odontologia, o serviço social, a psicologia, a farmácia, a nutrição. Não existe o superprofissional. Um dos grandes avanços da ESF é inserir a interdisciplinaridade. Não é apenas ter vários profissionais; são vários profissionais conversando um com o outro para entender o que é melhor para a saúde do ser humano. Hoje não se consegue pensar uma lógica de Atenção Básica sem olhares multiprofissionais. Esse cuidado com as necessidades específicas só consegue se consolidar com a ênfase no território. Essa discussão foi subestimada dentro da nova política. O Brasil é muito diversificado, não dá para criar uma política verticalizada na área de Atenção Básica sem entender que cada região e cada território tem sua necessidade específica. Não adianta implementar determinadas políticas engessadas.

### **E qual é o papel da enfermagem na Atenção Básica?**

A área de enfermagem, que inclui enfermeiros, auxiliares e técnicos, acaba perfazendo um total de 60% da força de trabalho da saúde. Pelo olhar ampliado em relação ao cuidado, a enfermagem consegue observar as necessidades diversas do ser humano e direcioná-lo para o que ele precisa. Ela funciona como um elo entre as outras disciplinas dentro da Atenção Básica. Além da assistência, a enfermagem também tem um papel voltado para a administração pública dos serviços de saúde, atuando na liderança das equipes. Nós e os agentes comunitários temos o primeiro contato com a população. Mas ainda existe o resquício de que o serviço de saúde é centrado no médico, o que leva à desvalorização não apenas da enfermagem, mas de todas as outras categorias. O gestor não dá ouvidos a esses profissionais, porque ainda está imbuído de um rótulo histórico de que a enfermagem é subserviente. Apesar de ter seu protagonismo oficioso, o protagonismo oficial e reconhecido pela gestão não existe. Essa não é uma questão corporativista e acaba tendo impacto na resolução dos problemas de saúde da população.

### **Qual é o futuro dos trabalhadores do SUS e como defender a saúde pública hoje?**

O que nós temos visto hoje é que tudo é orquestrado para que a população se sinta realmente impotente. É um estado de depressão social, em que as poucas pessoas que vão às ruas não veem atingido seu objetivo e, com isso, preferem não se expor mais. Mas independentemente do que vem acontecendo, o controle social tem um papel de resistência e de garantir que a gente possa continuar lutando. Só tem um jeito de nós perdermos uma luta: é não lutar. Esse papel de resistência vem do fato de que o controle social consegue ouvir todos os lados: ele ouve aquele que recebe a assistência em saúde e aquele que presta e gerencia os serviços. Com essas diversas faces, a gente consegue enxergar e entender o processo. Não podemos apenas ser observadores das situações que vão implicar em nossa vida. Nós precisamos ser protagonistas da nossa própria vida. A conjuntura que está acontecendo no Brasil não está posta; ela foi construída e pode mudar. (L.F.S.) 

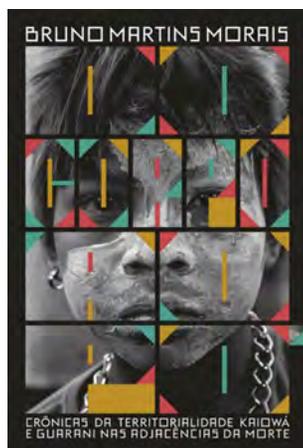
## PUBLICAÇÕES

## Formação médica



Uma fotografia atual dos avanços e desafios colocados para a formação de especialistas em saúde, o livro **Preceptoría em programas de residência: ensino, pesquisa e gestão** (Cepesc Editora), organizado pela pesquisadora Adriana Aguiar (Icict/Fiocruz), aborda o papel dos profissionais de preceptoría, de 15 estados do Brasil e de oito províncias espanholas, nos programas de residências em saúde. O livro mostra as diferenças e

## Genocídio indígena

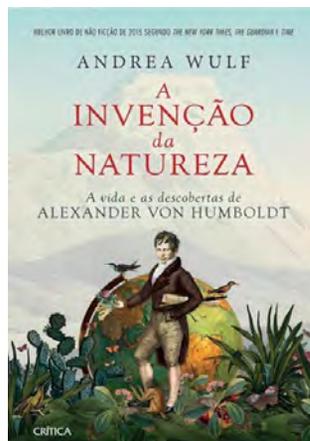


similaridades entre os profissionais dos dois países, por meio de artigos que abordam as referências político-institucionais e normativas da oferta de programas de residência no Brasil e características e perspectivas do modelo espanhol de formação de médicos residentes, entre outros assuntos. O livro está disponível para download gratuito em <https://goo.gl/6heb52>.

Resultado do trabalho realizado pelo antropólogo Bruno Martins Moraes com os Kaiowá e Guarani no Mato Grosso do Sul — vencedor do prêmio Anpocs de melhor dissertação em Ciências Sociais — o livro **Do corpo ao pó: crônicas da territorialidade kaiowá e guarani nas adjacências da morte** (Editora Elefante) propõe uma reflexão sobre a morte e os mortos entre os grupos étnicos com os quais conviveu durante sua pesquisa de campo, ao mesmo tempo em que registra

as narrativas e os conflitos relacionados às retomadas de terra, que fizeram muitas vítimas. Um relato “contra os que acham que é luxo procurar entender o mundo de quem é trucidado, nas palavras da antropóloga Manuela Carneiro da Cunha.

## Criador da natureza



A biografia de um dos maiores naturalistas da história está relatada em **A invenção da natureza – A vida e as descobertas de Alexander von Humboldt** (Editora Crítica), que revela a vida do explorador, geógrafo e naturalista alemão, considerado o cientista mais conhecido de seu tempo. Escrito por Andrea Wulf, a narrativa apresenta suas descobertas, fruto de expedições pelo mundo (que incluíram América Latina e Sibéria),

## Adolescentes e internet



e que inspiraram distintos revolucionários como Simón Bolívar, Goethe e Charles Darwin, assim como apresenta a história de um pesquisador crítico ao contexto histórico em que viveu, e um dos primeiros homens a organizar experimentos científicos em colaboração e a conceber a natureza como um sistema integrado, sensível à ação do homem.

Segundo colocado na categoria Psicologia, Psicanálise e Comportamento do Prêmio Jabuti em 2017, o livro **O jovem e a internet: laços e embarços no mundo virtual (Edusp)**, apresenta os resultados da pesquisa de doutorado Claudia Prioste, da Universidade Estadual Paulista (Unesp), que entrevistou adolescentes de escolas públicas e particulares sobre hábitos na internet. A autora analisou os impactos da internet — redes sociais, games on-line, vídeos do YouTube e sites de pornografia — na formação da subjetividade dos adolescentes. “É preciso uma atenção maior dos pais e dos educadores, pois há um forte impacto da internet na formação de fantasias, na tolerância a frustrações e na capacidade de o adolescente avaliar a vida”, declarou a autora.

## EVENTOS

## Cuba Salud 2018

Determinantes sociais da saúde, desenvolvimento sustentável, acesso universal e equitativo aos serviços, avanços e desafios na promoção e na prevenção, cooperação internacional, gestão para a redução de riscos de acidentes, além de e-Health como estratégia de acesso universal são alguns dos temas abordados no Congresso, que recebe propostas de trabalhos acadêmicos até o dia 15 de dezembro. O encontro também prevê discussões nas áreas de educação médica e políticas públicas de saúde.

**Data** 16 a 20 de abril de 2018

**Local** Havana, Cuba

**Info** <https://goo.gl/hfffVj>

## 21º Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia

O congresso propõe discutir o cuidado do indivíduo idoso em sua integralidade e multidisciplinaridade, reunindo profissionais dedicados à Geriatria e Gerontologia, a partir da ideia de que o cuidado tem início na promoção do envelhecimento ativo, contempla as perdas cognitivas ou funcionais que podem se instalar e se encerra no fim da vida. E que a arte de cuidar requer que as preferências do indivíduo sejam conhecidas e respeitadas — para que ele alcance o máximo de sua capacidade e viva, da maneira mais plena e segura possível, até o momento final. Trabalhos aceitos até o dia 6 de março de 2018.

**Data** 6 a 8 de junho de 2018

**Local** Rio de Janeiro, RJ

**Info** <http://www.cbgg2018.com.br>



# DESAFIOS DA ATENÇÃO BÁSICA

Carlile Lavor\*

**O**s conhecimentos para o diagnóstico e o tratamento das doenças se acumulam exponencialmente. A cada dia surgem novos equipamentos, medicamentos ou outros insumos postos à disposição dos profissionais de saúde. A medicina divide-se em múltiplas especialidades para acompanhar este progresso, e novas profissões de saúde são necessárias, como a biomedicina e a engenharia clínica.

Ao mesmo tempo, a ciência descobre a origem e a evolução das doenças, os fatores de risco e de proteção, novas descobertas que por outro lado podem se disseminar para toda a humanidade, permitindo que a sociedade e as famílias possam assumir a promoção da sua própria saúde.

Temos assim duas linhas evolutivas para os sistemas de saúde: uma se dirige para a especialização profissional, para a industrialização e o uso dos novos produtos; a outra vai em direção à disseminação das informações acumuladas e à promoção da saúde.

A força do novo complexo econômico da saúde — formado pelos especialistas, hospitais, clínicas, planos de saúde, pelas indústrias e instituições de pesquisa, pelo comércio e a propaganda — juntamente com o medo individual da doença passaram a gerar o crescimento da medicina mais especializada. Os Estados Unidos são um exemplo desse modelo, onde as despesas anuais per capita em saúde se aproximam dos R\$ 30 mil. A partir do final da década de 1940, quando este país se destacou como líder internacional da ciência e da economia, o Brasil seguiu a medicina americana, com o início do funcionamento do Hospital dos Servidores do Estado no Rio de Janeiro e o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP).

Porém, para a promoção da saúde, a iniciativa individual e o mercado não são suficientes. Ainda é necessário um forte estímulo da sociedade organizada e do Estado. Para que os novos conhecimentos cheguem às famílias, entra o papel da educação, das comunicações, da cultura e da organização comunitária no nível local. São importantes também alguns serviços, como o urbanismo, o saneamento, os transportes, a seguridade social e a segurança pública.

A Atenção Básica tem se mostrado um vetor importante para a promoção da saúde. Sua contribuição é destacada para a redução

da mortalidade das crianças, comprovada por seguidas avaliações. Em 1976, 34,6% dos óbitos no Brasil eram de crianças menores de cinco anos, enquanto em 2016 eles representaram apenas 2,9%.

Ao examinar o desenvolvimento de outras nações, a Atenção Básica é identificada também como responsável por grandes progressos na expectativa de vida, desde países mais pobres como Bangladesh, passando por países de grande crescimento econômico como a China, até aqueles já desenvolvidos, como a Espanha. Os espanhóis dispendem 2.626 dólares per capita por ano em saúde, com esperança de vida de 83 anos, enquanto que o gasto dos americanos é de 8.845, e vivem apenas 79 anos.

Quanto ao Brasil, podemos citar algumas experiências das décadas de 1960 e 1970, entre várias iniciativas, que contribuíram para o nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e, especialmente, da Atenção Básica: a criação do Instituto de Medicina Preventiva da Universidade Federal do Ceará; o fortalecimento dos Centros de Saúde do Estado de São Paulo na gestão do Secretário Walter Leser; o Centro de Saúde do Butantan; a Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho e o Programa de Saúde Comunitária de Planaltina, ambos da Universidade de Brasília; o Centro de Saúde do Murialdo em Porto Alegre; o Internato Rural da Universidade Federal de Minas Gerais, o Programa de Montes Claros e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS); e o Programa Nacional de Imunização.

Há muitas experiências bem sucedidas da Estratégia Saúde da Família, como a Planificação da Atenção Básica, que vem sendo desenvolvida há quatro anos pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass). Entretanto há muitas perguntas que ainda nos desafiam: qual o papel do agente comunitário de saúde; quais as especialidades médicas necessárias enquanto os médicos de família são insuficientes; que outros profissionais e quantos são necessários para as populações das cidades, das vilas, das florestas, das áreas mais vulneráveis; qual a tecnologia a ser utilizada; e como financiar e avaliar o seu desempenho.

Sem que tomemos conhecimento daquelas experiências e que encontremos as respostas a essas perguntas, dificilmente conseguiremos avançar com solidez na saúde do país. 

Carlile Lavor é Coordenador da Fiocruz Ceará

**essencial &  
substancial &  
relevante &  
elementar &  
vital &  
indispensável &  
fundamental**

Para garantir o cuidado que o brasileiro merece,  
toda a atenção é básica

**RADIS 35** o nosso lado é o sus