



RELATÓRIO DA OFICINA PRÉ-CONGRESSO

A ATENÇÃO BÁSICA COMO PILAR DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: EM QUE E DE QUE FORMA CONSEGUIMOS AVANÇAR?

13 de novembro de 2020

Organização: Bernadete Perez (UFPE), Deivisson Vianna Dantas dos Santos (UFPR) Marília Louvison (USP), Nivaldo Carneiro Junior (Faculdade de Medicina do ABC e da Santa Casa-SP).

Relatoria: Ana Flávia Pena Castro-UFPE, Ana Lígia Passos Meira-UFPE, Bernadete Perez (UFPE), Deivisson Vianna Dantas dos Santos (UFPR), Maria Eduarda Sá Abu Adiya-UFPE, Marília Louvison (USP), Matheus Souza de Oliveira-UFPE, Nivaldo Carneiro Junior (Faculdade de Medicina do ABC e da Santa Casa-SP) Rebeca de Barros Gandara UFPR e Matheus Willian Chaves Silva-UFPR

Ementa

Um importante desafio para os sistemas de saúde é a construção da integralidade em redes de atenção que qualifique os serviços nos vários níveis de atenção, mas acima de tudo garanta acesso e qualidade ao longo de todo o processo de cuidado. O contexto atual de envelhecimento e incremento das condições crônicas desafiam os espaços de produção de cuidado e tencionam a dimensão technoassistencial das redes de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido se faz necessário ampliar o debate da política de atenção básica, como também da especializada, e da política de regulação, visando cuidados continuados e integrados e uma organização do processo assistencial que se aproxime da necessidade das pessoas. A gestão das filas para atenção especializada e o uso pouco racional da tecnologia assistencial tem sido objeto de análises e reflexões no âmbito dos sistemas de saúde. Mesmo as redes de atenção de urgência e emergência, saúde mental, mulher e criança enfrentam o desafio da fragmentação, somando-se com uma desqualificação da formação interprofissional.

Num cenário da Pandemia do COVID-19 que devasta o país, os elementos desestruturantes RAS no SUS poderão se amplificar na medida em que o teto dos gastos restringe as respostas às enormes desigualdades e a falta de coordenação não contribui para sua maior racionalidade. A gestão das RAS no enfrentamento da fragmentação do cuidado e da falta de acesso traz enormes desafios, tanto para o campo teórico quanto para o campo das práticas.

Por muito tempo a Atenção Básica esteve a margem das prioridades dos governos, contando com recursos insuficientes. Mas os poucos avanços que conseguimos, foram interrompidos no momento em que a AB ganhava força pelas suas respostas no cuidado dos grupos populacionais. Ganhou evidência com o Programa Mais Médicos Brasil e com a inclusão privilegiada na formação dos profissionais de saúde. Hoje temos um contexto político adverso, sem coordenação nacional para o modelo de Atenção Básica. Estudos mostram que sistemas de saúde orientados pela atenção básica conseguem melhores resultados nos índices de morbimortalidade. No Brasil, por outro, tivemos medidas nos últimos anos que flexibilizam tanto seu formato como seu funcionamento, sem ainda uma avaliação adequada, produzindo um processo de focalização e paralização da ampliação da estratégia de saúde da família nos últimos anos.



4º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE

O SUS e o projeto civilizatório: cenário, alternativas e propostas

Nesse cenário, fizemos, assim, um esforço de trazer um grupo variado de pessoas (acadêmicos, gestores, organizações e movimentos sociais) a fim de debater a produção realizada nesta área, isto é, AB como pilar das RAS. Ressaltamos a importância da leitura dos documentos (https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/10/Abrasco_Fortalecer-o-SUS.pdf) da frente pela vida da ABRASCO e de fortalecimento do SUS, que trazem fortemente a valorização do eixo da atenção básica no SUS.

Partimos assim de algumas perguntas sobre a implementação das redes de atenção e os modelos técnico-assistenciais vigentes.

Questões para orientação das apresentações e debates

Nesta oficina fomos provocados a debater o que estamos pensando, fazendo, estudando, sentindo, sofrendo em relação a Atenção Básica brasileira. A Atenção Básica (AB) é o pilar para as Redes de Atenção à Saúde (RAS), para construção do acesso de um sistema público, universal, integral e equânime, nesse sentido, fortalecer o SUS. Esta reflexão é importante principalmente considerando que passamos recentemente por situações difíceis com a Pandemia do COVID-19, subfinanciamento do SUS, tentativas sucessivas de privatizações do SUS...

Como nós vamos produzir cuidado em redes nos territórios?

Como a gente pode avançar na gestão do cuidado em redes de atenção que olhem para as necessidades e vulnerabilidades?

De que maneira podemos ter uma regulação mais produtora do cuidado, um apoio em rede e uma clínica ampliada que produz uma ecologia de saberes?

Como é que a construção dessa rede de atenção integral pode ter arranjos e dispositivos que produzam cuidado?

E, então, como é que a gente avança tendo Atenção Básica como um pilar da rede de atenção à saúde?

Programa

Abertura: Gulnar Azevedo e Silva (UERJ) e presidenta da ABRASCO; Oswaldo Tanaka (USP), Diretor da Faculdade de Saúde Pública da USP e presidente do Congresso; Rosana Onocko Campos (UNICAMP), presidenta da Comissão Científica do Congresso

Coordenação: Marília Louvison (USP) e membro da diretoria da ABRASCO.

Convidados debatedores:

Altamira Simões, educadora popular em saúde, psicóloga, conselheira do Conselho Nacional da Saúde.

Ana Maria Malik, professora da Fundação Getúlio Vargas

Ana Karla da Silva Pereira, moradora de Recife e integrante do movimento Favela Brasil

Bernadete Perez, professora da UFPE e vice-presidente da ABRASCO.

Deivisson Vianna, professor de saúde coletiva UFPR e integrante da diretoria da ABRASCO

Liane Righi, Enfermeira, Doutora em saúde coletiva, professora do departamento de saúde coletiva da Universidade Federal de Santa Maria.



4º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE

O SUS e o projeto civilizatório: cenário, alternativas e propostas

Luciano Bezerra Gomes, médico, sanitarista, professor e atualmente chefe do departamento de promoção da saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Luíza Garnelo, pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-AM), do Grupo de Trabalho (GT) de saúde indígena, da diretoria da ABRASCO.

Marcio Florentino Pereira UFSB e integrante da diretoria da ABRASCO.

Nivaldo Carneiro Junior, professor da Faculdade de Medicina do ABC e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Patty Fidelis, docente da Universidade Federal Fluminense, é da Rede de APS, da Abrasco.

Ricardo Teixeira, professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.

Thiago Feitosa, médico sanitarista, Doutor em saúde coletiva, e professor na Universidade Católica de Pernambuco.

Vânia Barbosa do Nascimento, professora de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina do ABC.

Zeliete Zambon, presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Link para acesso do evento: <https://www.youtube.com/watch?v=XNbRYvj-Wuk>

Síntese da Oficina:

O material da oficina foi transcrito e depois adaptado para este texto. Importante ressaltar que tentamos preservar ao máximo as falas dos participantes e por isso o texto não possui um formato padrão discursivo e sim um conteúdo que tenta ser fiel à narrativa da oficina realizada.

ATENÇÃO BÁSICA E A ORIENTAÇÃO COMUNITARIA

Para fazermos uma análise sobre a orientação comunitária da atenção básica, temos primeiro que fazer uma leitura global a respeito da abordagem que tem presidido a nossa resposta à pandemia como um sistema de saúde. Afinal, considerando que a Atenção Básica é pilar da rede de atenção à saúde, devemos ter em mente que os “pilares” para além de serem aquilo que sustenta, tem uma integração com o componente do edifício sustentado.

Analisando a resposta global brasileira à pandemia, podemos caracterizá-la como uma abordagem predominantemente centrada na doença, no enfoque biomédico e hospitalocêntrica. Há um gradiente que vai da preocupação e investimento maior nas Unidades de Terapias Intensivas (UTIs) e nos “ventiladores”, passando por leitos hospitalares, hospitais de campanha, até chegarmos a Atenção Básica, onde o diagnóstico é que o potencial no enfrentamento da pandemia foi subutilizado. Fato infeliz, considerando que ela é a mais capilarizada infraestrutura logística que teríamos para apoiar ações de vigilância epidemiológica como testagem, rastreamento de contatos e isolamento de infectados.

Além disso, essa resposta nada mais fez do que exacerbar um tipo de abordagem que tem regido ordinariamente o modo de funcionamento do modelo técnico-assistencial do sistema de saúde brasileiro, ou seja, hospitalocêntrico, biomédico e centrado nas doenças graves. Desta forma, evidenciamos nosso mote atual que é de baixa orientação para medidas de carácter preventivo e



coletivo. A experiência da pandemia apenas exacerbou essas tendências já inscritas no sistema. Até mesmo as medidas preventivas de vigilância epidemiológica são biomédicas e centradas nas características de transmissão das doenças. Uma resposta à pandemia que tem dado mais sentido à garantia de algum direito ao respirador, mas ficou bem aquém do seu potencial de garantir o direito de respirar.

As insuficiências da resposta à pandemia têm uma estreita relação com a distância que ainda temos da concepção ampliada de saúde que o SUS foi teoricamente fundado. Nos últimos anos, temos atravessado um momento muito desfavorável ao SUS. Além do projeto aberto do sucateamento e desfinanciamento do sistema, assistimos a um aprofundamento do chamado modelo biomédico, centrado na doença e no procedimento, e uma intensificação e aceleração do projeto de privatização.

Vemos o gestor público, especialmente na área da Atenção Básica, basicamente dedicado a adequação do sistema aos novos modelos de negócios vislumbrados pelo setor privado, assumindo cada vez mais um papel de mero organizador da concorrência. Os movimentos do último ano em torno da construção de uma carteira de serviços parecem claramente preparar contratualização de serviços privados e o decreto 10.530 de 26 de outubro de 2020 exemplifica à perfeição essa tendência. Agora, a grande questão é que um dado modelo de negócios acaba impondo um modelo de cuidados na Atenção Primária: esvaziado de seus componentes de ação coletiva e comunitário. Este modelo é o nos confere a menor prontidão de resposta diante de epidemias e outras emergências sanitárias. Agora qual seria esse modelo que conferiria a maior prontidão de resposta do nosso país a partir de evidências internacionais?

Os municípios de Niterói-RJ e São Caetano do Sul-SP possuem relatos de boas experiências de orientação comunitária na resposta à pandemia, onde a gestão se articulou fortemente com os movimentos sociais. Neles, a própria comunidade se auto-organizou para produzir respostas em favelas, em aldeias indígenas e em comunidades quilombolas. Em Niterói-RJ tivemos mobilização de redes de educadores populares e de jornalismo comunitário utilizando listas de transmissão do *Whatsapp* que chegou a atingir centenas de milhares de pessoas, produzindo, assim, uma forma de combate efetiva contra a "infodemia" e a desinformação. Conseguiram integrar, desta forma, vigilância epidemiológica com testagem de RT-PCR e rastreamento e isolamento de infectados a uma orientação comunitária forte. Esta estratégia teve uma enorme importância de produzir sua própria narrativa sobre a pandemia.

Em Recife-PE, o movimento Favela Brasil conseguiu, por exemplo, organizar cursos de formação à distância com os médicos para a comunidade sobre teleatendimento. Fortaleceram estratégias de suporte mútuo com o trabalho foi focado principalmente em fazer com que as pessoas não pegassem o Covid-19 e que conseguissem tomar certos cuidados para que essa doença não evoluísse. Nesta mesma comunidade houve ações de conscientização de divisão da água, práticas de doação de garrafas PET, produção local de sabão e distribuição de materiais lúdicos sobre a lavagem de mãos principalmente para a população não-alfabetizada.

Movimentos como este lidaram com *fake News*, com o sofrimento de vizinhos que sofriam com a doença, com adaptação da diretriz do isolamento para casas com onze pessoas. Para isso fizeram reuniões com o Ministério Público, com o governo estadual, com as secretarias, pensando em soluções junto com outras organizações para o enfrentamento do Covid dentro desses territórios.

Assim, a orientação comunitária das ações deve ser uma diretriz a ser radicalizada no nosso pensar e no nosso agir na Atenção Primária à Saúde. A pandemia escancara a fragilidade e a insuficiência dessa dimensão nas nossas modalidades de desenvolvimento da própria estratégia



de saúde da família. Devemos apostar, desta forma, numa auto-organização mais amorosa para combater um padrão de doença-saúde que esteja fundado não só na sua determinação social, mas na nossa interdependência enquanto comunidade humana. Afinal, mesmo com todas as dificuldades percebemos uma resposta potente de muitas comunidades marginalizadas e esquecida pelo Estado brasileiro. Isso mostra o quanto a aliança com os usuários no âmbito do cuidado comunitário é uma possibilidade para fortalecimento do SUS e da democracia.

ATENÇÃO BÁSICA e as REDES PARA ALEM DA CENTRALIZAÇÃO

Devemos pensar em uma das regiões brasileiras mais afetadas nesta pandemia, que é a Amazônia. Considerando o cenário de desigualdade importante dessa região no território nacional, temos uma prática comum do Ministério da Saúde (MS) de não levar em consideração essas diferenças e especificidades. As ações prioritárias são definidas sempre centralmente e os municípios automaticamente aderem a elas a fim de conseguirem seu respectivo incentivo financeiro. Este tipo de estratégia na atenção básica não funciona para regiões como realidades tão diversas e desiguais como a Amazônica.

Nas regiões de saúde da Amazônia, por exemplo, vemos grandes diferenças de financiamento e repasse de verbas. As densidades regionais são baixas, o que coloca a região em desvantagem de financiamento. Ao analisarmos superficialmente a cobertura da Atenção Primária, a relação típica de pessoas por equipes, não parece tão ruim na região, mas ao olharmos a dimensão da dispersão destas pessoas em um vasto território, impossibilita qualquer discussão sobre redes.

A distância é tão grande que todas as “redes” convergem para os grandes centros. Assim, o modelo de relação entre os municípios não se conforma como rede. Os municípios não se relacionam entre si. Para qualquer atenção de alta e média complexidade, os usuários têm de vir às sedes estaduais.

Essa é uma das razões pelas quais, na epidemia, essa região teve taxas de mortalidade absurdamente altas, afinal, as pessoas não tinham como se locomover. Para além da questão geográfica, não se tem, de fato, indução de interiorização, nem mesmo da Atenção Primária. Logo, as Redes não estão interiorizadas, pelo contrário, as “redes” são as capitais estaduais.

Precisamos ser criativos em propor alternativas a esse modelo “*top-down*”, que Ministério da Saúde financia e os municípios aderem, ainda que não tenham condição de implementar. Assim, as discussões que estão caminhando nos grandes centros urbanos, relacionadas a como aprimorar uma política como a das Redes, não se aplicam a maior parte da região amazônica. Precisamos realmente ouvir gestores, trabalhadores e usuários dessas regiões.

Por fim, a política de atenção básica deve se aproximar mais da saúde indígena, porque ela tem um subsistema, uma característica própria, mas ela padece de uma falta de atributos próprios da atenção primária. Como não conseguimos escapar do modelo biomédico e da atenção programática, o que se faz em saúde indígena, muitas vezes, não se parece em nada com Atenção Primária.

ATENÇÃO BÁSICA E ACESSO

No momento em que temos políticas que, ao invés de aumentar o acesso, diminuem, torna-se importante falar sobre ele, para de fato a Atenção Primária seja um pilar das redes. Se olharmos para várias experiências nacionais, tínhamos diversas unidades abertas até às dez horas da noite, por exemplo. Hoje, diversas cidades diminuíram o horário de funcionamento das suas unidades. Algumas que eram abertas aos sábados, hoje, fecharam. Se diminuimos acesso, aumentamos a



ida das pessoas ao pronto-atendimento, apesar de sabermos que é na Atenção Básica que se consegue fazer a melhor coordenação do cuidado das pessoas. Entretanto, olhamos, nesta pandemia, apenas para os leitos de UTI e para os Prontos-socorros. A Atenção Básica que poderia fazer muito mais, foi, na verdade, fechada.

O sistema de saúde cubano tem, por exemplo, soluções bem simples e eficazes em relação ao acesso. Apesar de terem uma equipe de atenção básica muito enxuta, a população é, também, menor, logo os profissionais de saúde são muito próximos daquela população. Assim, a vigilância é extremamente organizada a partir daqueles pequenos núcleos que se dirigem a núcleos maiores, que são as clínicas de família, com uma equipe multiprofissional e recurso maiores.

Então temos que simplificar. Simplificar é dar mais acesso. Não necessariamente precisamos de mais tecnologia, mas sim de estarmos mais próximos, em pequenas unidades, para olhar de perto as diferenças desse Brasil imenso.

ATENÇÃO BÁSICA E AS POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

Um dos grandes problemas do SUS é a falta de diálogo com a população negra e outras populações vulneráveis. Mesmo a aprovação de programa de saúde que olhassem para suas especificidades não foi suficiente para garantir uma grande mudança.

Os debates sobre SUS e sobre a atenção básica, mesmo dentro da Saúde Coletiva estão muito embranquecidos, sem se atentar de que é na atenção básica que as políticas integrais de saúde se materializam. As rodas de debate que são feitas pelos gestores e acadêmicos do SUS (grandes associações de saúde coletiva, de enfermeiros, de médicos de saúde da família...) não têm muito a cara da população brasileira, sobretudo a negra, a indígena, a ribeirinha, a marisqueira, a do campo das águas da floresta...

Os representantes do povo não podem ser um convidado “específica”, ou “especial”, ou “particular”. É preciso que quebre essa hegemonia de que só os profissionais de saúde brancos e brancas assumam o debate. No início da pandemia, quando os primeiros dados apontavam que a população negra e parda eram as maiores vítimas de infecção e de óbito, muitos estudiosos associavam isto ao fato de não procuravam unidade de saúde da família por falta de conhecimento! Entretanto, esquecem do fator mais importante: que o manejo na atenção básica ainda é racista. Muitas vezes é mais fácil essa população procurar rezadeira ou a curandeira pois tem a certeza que serão acolhidos, que não vai ter nenhuma prática racista que os diminuam ou os desqualifiquem. Assim, temos que ter a real inclusão destas populações na elaboração das políticas públicas.

ATENÇÃO BÁSICA, RETAGUARDA e REGULAÇÃO

Temos muitos arranjos que tentam garantir a retaguarda terapêutica para a Atenção Básica. Por outro lado, existe uma profusão de compra direta de serviços pelos próprios municípios e que dependendo do financiamento local, tem uma oferta descontinuada e não fidelizada. A compra direta de serviços especializados pelo próprio usuário, por vezes é indicado pelo profissional de saúde diante da insuficiência da rede local. Nesta realidade, vemos muitas vezes, redes serem substituídas por linhas de van da saúde que levam esses usuários para outros municípios. Ao mesmo tempo, percebemos, o Telessaúde que deveriam funcionar nos municípios rurais remotos, serem insuficientes.



Mas temos também as experiências dos consórcios de saúde. Na Bahia, por exemplo, policlínicas regionais, inspiradas na experiência do Ceará, apesar de sua fase inicial de implantação, tem potência de ser uma rede coordenada. Como contraponto temos a experiência dos consórcios de Minas que se limitam a serem braços para compra de serviços privados com recursos municipais. Os mutirões (contratação por serviços específicos), estratégias difundidas em muitos municípios, por exemplo, têm um alto custo e baixíssima resolutividade. Desta forma, a enorme variedade de experiências sinaliza uma ausência de modelagem de atenção especializada regionais, com desenhos que atendam essas especificidades locorregionais. Assim, as decisões são locais, desarticuladas e condicionadas por extrema falta de recursos.

A grande variedade de estratégias e ofertas a serem gerenciadas agrava também a questão da regulação no Brasil. A regulação como ente interlocutor, como intermediário neste caminho entre a atenção primária e outros serviços, acaba reduzindo o poder de coordenação da atenção básica e do diálogo direto entre um lugar e outro.

A Regulação, teoricamente, se inicia na atenção primária a partir do cadastramento, do acolhimento, da vinculação, dos critérios de acesso e de priorização feitos pela própria atenção básica. Entretanto, vemos uma distância entre a definição do que é demandado pela atenção primária e aquilo que é ofertado a partir dos mecanismos de regulação. Muitas vezes, essa regulação é feita no atacado, através de mecanismos frios de marcação, de forma extremamente burocrática, e mediada por protocolos de acesso que muitas vezes não interage com a vida real. Em alguns municípios, por exemplo, o acesso ao hospital passa obrigatoriamente pelas UPAS. Então a atenção primária tem que encaminhar para uma UPA, solicitando a internação e a UPA vai avaliar se concorda ou não com o pedido de internação, mesmo que essa definição a priori tenha sido dada pela atenção primária.

Ou seja, o que temos na prática é o inverso: atenção especializada, ou os serviços que deveriam dar o suporte para a atenção primária são quem realmente a regula, ordenando o acesso e estabelecendo, de fato, quem devem chegar ou não nos hospitais, na atenção ambulatorial especializada ou nos diversos serviços que compõem uma rede de atenção. Por isso precisamos apoiar mecanismos que transversalizem essa relação como, por exemplo, o apoio matricial, que foca na troca de saberes e de interação e de mudança, inclusive, da atenção especializada, ou mesmo em arranjos mais personalizados de interação entre os serviços.

Estudos mostram que para o profissional de qualquer outro serviço reconhecer o profissional da Atenção Primária como coordenador da atenção é imprescindível que se estabeleça uma relação de confiança e cooperativa entre os profissionais. Somente assim, podemos utilizar tecnologias leves que suplantem os rígidos e, às vezes, vazios protocolos na colaboração entre os profissionais.

ATENÇÃO BÁSICA E OS MODELOS DE GESTÃO

Um ponto muito debatido, mas que pouco se avançou é a questão relacionada aos modelos de gestão. E aqui também temos uma diversidade de experiências. Se por um lado temos a experiência de municípios como o de Belo Horizonte-MG que priorizou a entrada de profissionais via concurso público, conseguindo um plano de carreira em que o titulado em Saúde da Família tivesse algumas vantagens, por outro temos a experiência do Rio de Janeiro-RJ.

O Rio apostou não nos concursos públicos, mas em um modelo de gestão pautado nas Organizações Sociais de Saúde (OSS). O modelo de OSS no Rio de Janeiro funcionou de 2009 até 2018 como uma alternativa a gestão direta. Na época houve um avanço: a cidade saiu de



quase 3% cobertura da atenção básica em 2009 para 76% de cobertura em 2016, com forte redução dos indicadores de internação hospitalar em razão das ações de prevenção e seguimento longitudinal realizadas pela atenção primária. Mas hoje, ela vem sofrendo um desmonte por uma falta de sustentabilidade com um evidente retrocesso em todos estes indicadores.

Assim, a sustentabilidade dos modelos de gestão torna-se uma questão fundamental para a atenção básica. Afinal o SUS, além de ser uma das principais políticas públicas brasileira é um grande gerador de emprego e renda. No Rio é comum ligarmos a televisão de manhã e termos notícias sobre profissionais trabalhando dois, três meses sem receber, sem estar com o salário em dia. A precarização das relações de trabalho se manifesta através de contratos via *Whatsapp* ou outros tipos de contratos por hora de trabalho. Esta precarização afeta negativamente a longitudinalidade que a APS deveria oferecer.

Geralmente o modelo da administração direta é taxado como ineficiente e caro, mas a alternativa apresentada, da eficiência gerencialista, mostrou-se mais que insustentável. Por isso devemos impedir tanto a precarização do trabalho como a remuneração do trabalho por procedimento mesmo que disfarçada em outras formas de pagamento. Além da precarização e da desvalorização, outro grande inimigo é a “homogeneização” de ações e procedimentos no SUS. A forma do cuidado em saúde não pode ser homogênea, porque redes inteligentes, redes que dão sustentação a processos, são redes em que os pontos se adaptam e estão em constante diálogo com as diferentes realidades que os demandam.

Devemos reforçar o estudo das experiências locais do SUS, e para isto incentivos e parcerias para pesquisas na área faz-se necessário para olhar soluções como a de Belo Horizonte na construção de protocolos colaborativos. Nela, houve a participação de profissionais das unidades básicas, da rede hospitalar, dos outros serviços tanto para elaboração como construção de fluxos diretrizes locais dos seus subsistemas. Nesta mesma linha, estruturaram a estratégia “Gestão do Cuidado no Território”, onde de tempos em tempos, um apoiador do nível central e um apoiador do nível regional reúnem-se com as equipes, discutem quais são, na opinião deles, os principais problemas do território para a construção de soluções locais. Os arranjos de gestão podem, portanto, ser construídos por pessoas, sem necessariamente precarizar as relações de trabalho, em nome de um punitivismo gerencial que não possui evidência de eficácia.

CONCLUSÃO

Importante destacar os grandes estragos realizados pelo governo Bolsonaro ao SUS, dentro de um projeto amplo de desmonte do sistema. Observamos os cortes de recursos ao longo dos anos, desde a Emenda Constitucional 95 (EC 95) à mudança na PNAB 2017 e as terceirizações da gestão. Presenciamos a criação de uma agência privada (ADAPS) para contratação de profissionais para a atenção básica e a implementação da lógica da carteira de serviço que tende a intensificar a mercantilização, a partir da venda de procedimentos terceirizados. Temos um ministro general, e diversas tentativas de esvaziar instâncias de negociação do SUS, por meio do desmonte do Conselho Nacional Saúde. O sistema está completamente comprometido na sua dinâmica interfederativa de gestão colegiada. Além disso, entra na arena setores do capital financeiro internacional que querem transformar a educação e a saúde em uma plataforma de serviços, apenas para dar mais lucros.

O Previde Brasil e sua política de captação colocou um limite de financiamento dado pelo número de habitantes gerando, assim, um grave problema. Afinal, em uma grande região metropolitana, os municípios vizinhos utilizam muitos serviços de saúde nas capitais, extrapolando a população. Além disso, o teto do Previde Brasil impede de fazer expansão da



4º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE

O SUS e o projeto civilizatório: cenário, alternativas e propostas

cobertura para muito além de um número hipotético de população estabelecida. Novamente a política atual passou longe de pensar nas redes de Atenção.

Temos um cenário, de desarticulação dos apoios matriciais. Assim como assistimos as estratégias de relação entre as redes se transformam em telerregulações burocratizadas. Diversas dinâmicas vivas que estavam inscritas na política nacional de humanização (que deve ser resgatada), como o acolhimento, o fazer horizontal, cogestão e o compartilhamento de saberes, são substituídos por palavras gerencialistas como lideranças, metas, carteira de serviço e a contratualização. Além disso, presenciamos a paralisação da estratégia que concretizavam a possibilidade de financiamento da multidisciplinaridade como os NASFS.

Os princípios da atenção básica brasileira sempre foram no caminho oposto da mercantilização e gerencialismo. Então é preciso repolitizar esse tema. Não é possível apenas cumprir portarias, respeitar portarias. É preciso resistir e reagir. Precisamos, assim, identificar e mapear possíveis locais – municípios e regiões – que tenham gestores, acadêmicos e organizações sociais que possam ajudar nesse processo de resistência a fim de continuar dando lastro para os avanços. Lastro é ter equipes estáveis e funcionando na atenção básica, fortalecendo e apoiando estes atores locais que estão alinhados com o SUS.

Precisamos de um Congresso que nos politize, que nos ajude a fazer rede, que favoreça encontros, mesmo que virtuais, para que continuemos a nos mobilizar.