

## A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil

### The territorialization of Primary Health Care of the Brazilian Unified Health System

Rivaldo Mauro de Faria (<https://orcid.org/0000-0002-4005-8309>)<sup>1</sup>

**Abstract** *The territorialization of Primary Health Care is an important social and political process for the implementation of the constitutional principles of the Unified Health System (SUS) in Brazil. The SUS is essentially a nationwide care project, organized into regionalized care networks, with its command center in Primary Health Care (PHC). For this reason, the territorialization reflects the desired model of care that is proposed in Brazil. However, even though almost thirty years have elapsed since the constitutional edict, this nationwide care project has not yet been fully implemented. The scope of this text is to reflect on the political and ideological processes of the territorialization of PHC of the SUS in Brazil and put forward some reasons that explain the difficulties of implementing this model of nationwide care. Enormous difficulties were observed in the unification of the Brazilian care model, while financial constraints worked against the strategic discourse surrounding Family Health, and recent regulations disrupted territorialized forms of work and can broaden the fragmentation of PHC in the country.*

**Key words** *Unified Health System, Primary Health Care, Health Policy*

**Resumo** *A territorialização da Atenção Básica à Saúde é um processo social e político importante para a realização dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. O SUS é fundamentalmente um projeto de atenção territorializado, organizado em redes de atenção regionalizadas, com centro de comando na Atenção Básica à Saúde (ABS). Por isso, a territorialização reflete o próprio modelo de atenção que se propõe no Brasil. Todavia, mesmo passados trinta anos do texto constitucional, esse projeto assistencial territorializado não se completou. O objetivo desse texto é refletir sobre os processos políticos e ideológicos da territorialização da ABS do SUS no Brasil e indicar algumas razões que explicam as dificuldades de se concretizar esse modelo de atenção territorializado. Observou-se enorme dificuldade do Brasil em unificar seu modelo de atenção, constrangimentos financeiros que jogam contra o discurso estratégico em torno do Saúde da Família e dispositivos recentes que desconstruem as formas de trabalho territorializadas e podem ampliar a fragmentação da ABS no país.*

**Palavras-chave** *Sistema Único de Saúde, Atenção Básica à Saúde, Política de Saúde*

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Geografia, Departamento de Geociências, Universidade Federal de Santa Maria. Av. Roraima 1000, Santa Maria, Prédio 17, Sala 1135. 97109-390 Santa Maria RS Brasil. [rivaldofaria.geo@gmail.com](mailto:rivaldofaria.geo@gmail.com).

## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil é um sistema público fundamentado num projeto territorial descentralizado, hierarquizado e integrado regionalmente através das redes de atenção à saúde<sup>1</sup>. Toda arquitetura desse projeto é alicerçada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade descritos nos dispositivos constitucionais do direito de todos a saúde, não importa em qual ponto do território a pessoa esteja, e do dever do Estado de oferecer as possibilidades da sua efetivação<sup>2</sup>.

A localização dos serviços no território deve obedecer aos princípios fundamentais da resolatividade e da economia de escala, sendo tanto mais concentrados quanto mais especializados e vice-versa<sup>3</sup>. A atenção básica (ABS) é o único nível da atenção que estará presente em todo o território nacional e através dela, das pactuações intermunicipais e dos sistemas regionais, as pessoas poderão acessar os demais níveis do cuidado, assim designados secundário e terciário. Portanto, todo o projeto territorial do SUS depende da constituição de uma base que deve funcionar como porta de entrada e centro de comando do sistema.

Ao município cabe a responsabilidade de desenhar a porta de entrada do SUS, tendo em vista os mesmos princípios constitucionalmente previstos. O documento que regula as responsabilizações e os modos de organização e financiamento é a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), cuja primeira edição ocorreu há mais de dez anos<sup>4</sup> e já uma terceira acabou de ser publicada<sup>5</sup>.

Desde a década de 1990 colocava-se a questão de como planejar territorialmente a ABS do SUS. Compreendeu-se que toda a estrutura e o próprio modelo assistencial dependem não apenas de como são alocados os serviços, mas como são organizadas territorialmente suas ações, sobretudo as ações de prevenção e promoção<sup>6</sup>. Por isso, era necessário mais do que apenas delimitar territórios para os serviços, devendo haver uma relação de vinculação e pertencimento entre a população e os serviços. Essa concepção, assim designada territorialização da saúde, ganhou força ainda na implementação dos Distritos Sanitários, foi, depois, incorporada aos programas Agentes Comunitário de Saúde (ACS) e Saúde da Família (PSF) e passou a compor o escopo das políticas estratégicas em torno da Saúde da Família (ESF) e das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A territorialização está hoje presente nos documentos reguladores da ABS do SUS e in-

corpora em si mesma o modelo de atenção que se quer adotar. Mas os contextos político-ideológicos e os processos econômico-institucionais inviabilizaram, até agora, a reorientação para um modelo assistencial territorializado. Por isso, a territorialização da ABS não se completou e, por conseguinte, não se completou também o desenho da porta de entrada do SUS no Brasil. E isso traz inúmeras consequências que jogam contra os princípios da ABS legalmente previstos e historicamente construídos.

Poucos estudos, todavia, discutiram a territorialização na sua dimensão político-ideológica, ou seja, como ordenamento político para a construção de um modelo de atenção organizado em redes integradas e coordenadas territorialmente para ABS. Prevaleram, pelo menos até agora, estudos que exploram sua dimensão teórico-metodológica, que são aqueles que propõem modelos teóricos e propostas técnicas e tecnológicas para o planejamento territorial ou territorialização dos serviços. Dessa tradição se construiu uma definição processual do território (território-processo), muito influenciada pela teoria miltoniana do conceito, e se fez uma produtiva aproximação com a proposta do planejamento estratégico situacional de Carlos Matus<sup>7,8</sup>. Nestes trinta anos do SUS, muitas experiências positivas foram produzidas como uma proposição teórico-metodológica para a territorialização da saúde<sup>7-13</sup>. E isso permitiu, além de fornecer metodologias consistentes para o planejamento territorial dos serviços, superar àquela velha ideia materialista e reducionista que vê o território na sua dimensão político-administrativa apenas<sup>10,12</sup>. Entretanto, sobretudo em momentos de crise político-institucional e de redução do papel social do Estado, é comum que as políticas territorializadas sejam secundarizadas, sobretudo na área da saúde. Por isso, a julgar pelo processo histórico e sobretudo pelas políticas recentes, o SUS convive ora com sua territorialização e ora com sua desterritorialização, e esses processos são bem visíveis na atenção básica. Por isso, é fundamental desnudar essa natureza política da territorialização da ABS, que é também uma forma de tornar esse debate não apenas instrumental, uma vez que a ação política pode produzir arranjos ideológicos próprios a cada novo momento histórico.

O objetivo desse texto é discutir a territorialização nessa sua dimensão político-ideológica, estabelecendo, portanto, uma reflexão sobre a natureza territorial do modelo de ABS do SUS. O primeiro desafio é analisar a territorialização num contexto social e político que vai da cons-

tuição do SUS e da ABS às recentes regulamentações. O segundo desafio é discuti-la à luz e nos termos da própria teoria e dos documentos. Portanto, do ponto de vista operacional, o texto comunica as dimensões contextuais e legais da territorialização e a discute em relação às propostas que vem sendo apresentadas nesses trinta anos do SUS.

### Contextos da territorialização do SUS no Brasil

O processo de territorialização do SUS pode ser compreendido em relação a três movimentos político-institucionais assim designados “municipalização-districtalização”; “municipalização-regionalização” e “municipalização-regionalização-redes de atenção” (Quadro 1). Esses movimentos foram produzidos a partir dos instrumentos normativos que vão da própria Constituição<sup>2</sup>, às leis infraconstitucionais<sup>1,14</sup>, Normas Operacionais<sup>15,16</sup>, Normas Operacionais de Assistência à Saúde<sup>17,18</sup> e Pacto pela Saúde<sup>19</sup>. Nos interstícios desses instrumentos legais mais importantes, diversas portarias e normativas vão sedimentar a racionalidade da época, ora privilegiando a municipalização e districtalização, ora a regionalização e ora ainda a organização das redes de atenção.

O primeiro movimento, assim designado “municipalização-districtalização”, tem início ainda antes do SUS, na década de 1980, com as propostas feitas a partir dos chamados Sistemas Locais de Saúde (SILOS), no que ficou conhecido no Brasil como distritos Sanitários (DS). O pro-

jeto territorial do SUS nasce, podemos dizer, com os DS, pois eles materializavam o próprio princípio reformador de desconstrução do modelo hegemônico (médico-privatista) para a produção de um sistema descentralizado e apropriado localmente pelos mecanismos democráticos de participação social.

Portanto, a discussão de um sistema de saúde districtalizado, pelo menos naquele momento, significava mais que um modo de organização apenas político-territorial dos serviços. De tal forma que seria mais adequado, de acordo com Mendes<sup>7</sup>, falar em districtalização, uma vez que se trata de um processo social de mudanças nas práticas sanitárias.

A districtalização foi prevista na Lei Orgânica da Saúde<sup>1</sup> como uma forma de organização do SUS no município. Embora sua inscrição legal seja facultativa, ou seja, cabe ao município decidir se quer ou não estruturar seus serviços dessa forma, é algo bastante significativo da concepção de um SUS territorializado. Por isso, a municipalização-districtalização só poderia ser efetivada por processos de descentralização e empoderamento local, com regras claras dos papéis de cada ente federativo na gestão do SUS. Isso foi feito ainda no início da década de 1990 com a publicação da terceira Norma Operacional Básica, NOB-93<sup>15</sup>, onde foram estabelecidos os procedimentos reguladores da descentralização do SUS no Brasil. Tal como expresso nessa NOB, a descentralização é o ponto de partida para a reformulação do modelo assistencial, que tem como base o planejamento integrado em cada esfera do governo.

**Quadro 1.** Movimentos políticos-institucionais responsáveis pela territorialização do SUS no Brasil.

Fases/períodos	Principais políticas territoriais	Processos de territorialização
Municipalização-districtalização (1990-2000)	Descentralização, criação do PACS e PSF, implementação dos sistemas municipais de gestão e definição do Piso da Atenção Básica.	Os sistemas municipais são planejados através dos distritos, a territorialização é proposta normativamente após a NOB96 e a saúde da família se torna política prioritária e substitutiva para a ABS.
Municipalização-regionalização (2000-2006)	Criação do Plano Diretor de Regionalização e continuação da expansão do PSF (em processo de conversão para estratégia).	A regionalização é sistematizada e proposta como forma de revolver a municipalização autárquica e a porta de entrada continua sendo territorializada no município.
Municipalização-regionalização-redes de atenção (2006-2014)	Pacto pela Saúde e unificação do modelo da ABS na PNAB, a regionalização é melhor sistematizada através do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde e as redes são normatizadas para integrar os sistemas municipal e regional.	A territorialização é proposta para a modelagem das redes de atenção regionalizadas e a ESF é definida como principal porta de entrada e nó de comando das redes de saúde no território.

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Os DS representavam, então, essa menor escala de planejamento do SUS onde os processos de descentralização ganhavam concretude e as ações de saúde coletiva seriam efetivamente implementadas. Todavia, a ideia esbarrava num vazio de políticas programáticas para a atenção básica, sobretudo os modos de financiamento e estruturação do modelo assistencial a ser adotado pelo país. Em outras palavras, era necessário definir as ações para a atenção básica e torná-las operacionalizáveis nesse espaço político-institucional. É esse o contexto político da criação do “Programa Agentes Comunitários da Saúde” (PACS), em 1991, e “Programa Saúde da Família” (PSF), em 1994, no sentido de se resolver o vazio programático da municipalização-distritalização.

A consolidação dessa política de municipalização da saúde no Brasil vai ocorrer com a NOB-96<sup>16</sup>. Ali as responsabilidades federativas foram mais bem delineadas. No caso do município, por exemplo, foi um avanço a plena responsabilização pela atenção básica, não importando o modelo de gestão, se plena da atenção básica ou plena do sistema municipal. Essa responsabilização é ainda acompanhada pela sistematização do financiamento, através da criação do Piso da Atenção Básica (PAB fixo e variável) e o incentivo à expansão do PSF.

Com a NOB-96 o PSF vai ganhar vida longa, mais que a inicialmente prevista na sua forma programática. Por isso, um ano depois, através da Portaria nº 1.886<sup>20</sup>, passou a ser compreendido como uma possibilidade estratégica para o reordenamento do modelo assistencial e para a própria consolidação do SUS no Brasil. Não por acaso, essa mesma Portaria refere como primeira diretriz organizativa do PSF o seu caráter substitutivo em relação às práticas tradicionais das unidades básicas de saúde. A segunda diretriz é a territorialização. Mencione-se que esse é o primeiro documento normativo do SUS a fazer menção à territorialização dos serviços.

Com a expansão do PSF, a distritalização dos serviços foi perdendo importância no debate territorial do SUS no município. Isso aconteceu de maneira bastante evidenciada nos municípios de pequeno e médio porte, pois a gestão territorial dos serviços, dada a dimensão do município, passou a ser viabilizada apenas com a definição das áreas de abrangência das unidades de saúde da família, de tal forma que a territorialização, antes debatida em relação aos DS, passou a ser agora feita em relação ao PSF.

O segundo movimento do planejamento territorial do SUS, assim designado municipaliza-

ção-regionalização, passou a ser mais fortemente debatido a partir da publicação das Normas Operacionais de Assistência Social (NOAS 01 e NOAS 02)<sup>17,18</sup>. Compreendeu-se, naquele momento, que a municipalização, por si só, não é capaz, por razões políticas e organizacionais, de integrar o SUS e oferecer uma atenção universalizada e equitativa. Ao contrário, segundo Santos e Campos<sup>21</sup>, a municipalização acabou fortalecendo ações de caráter clientelistas e privatistas e acentuou a ineficiência do Estado brasileiro em romper com os processos de centralização e o fracionamento municipal. Por isso, a regionalização, embora já prevista constitucionalmente, passou agora a ser o caminho para aglutinar um SUS autarquizado e fragmentado em milhares de municípios assimétricos. Eis, pois, o desafio da territorialização e do debate do planejamento territorial.

Com as NOAS 01 e 02 produziu-se, então, um debate mais vigoroso para a conformação de uma nova realidade territorial de gestão do SUS, necessária para a integralidade das ações e serviços hierarquicamente. Essa nova realidade passou a ser consorciada através do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e colocou o estado como ente coordenador e regular de um processo de negociação compartilhada de ações e serviços entre municípios. Todavia, embora as NOAS tenham encaminhado soluções importantes, ainda não estava bem delineado, política e administrativamente, como processar tudo isso. Na verdade, as NOAS definem bem as diretrizes da regionalização, mas não os instrumentos técnicos e operacionais. E isso acabou dificultando para superar a fragmentação produzida na autarquização municipal do SUS.

Compreendeu-se, então, que os sistemas regionais de saúde, tal como proposto nas NOAS, só poderiam ser implementados mediante processos de pactuação federativa. Era necessário um sistema de gestão compartilhada dessas regiões, sob o risco do fracasso do próprio projeto de descentralização e regionalização do SUS. Era também necessário definir melhor o próprio sistema municipal, de maneira especial no que refere aos princípios da atenção básica e sua orientação assistencial. Portanto, apresentavam-se, entre outros, três grandes desafios do planejamento territorial do SUS ainda no início de século, quais sejam: a sistematização da atenção básica no município, a regionalização e a integração e unificação dos sistemas municipal e regional. Esse é o contexto da apresentação de uma série de regulamentações produzidas a partir do “Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão”<sup>19</sup>.

Com o Pacto pela Saúde é desencadeado, então, um terceiro movimento do planejamento territorial do SUS, a que estamos chamando “municipalização-regionalização-redes de atenção”. Esse momento será também uma fase de amadurecimento e consenso em torno da política baseada na territorialização dos serviços, agora não apenas da atenção básica, mas de todo o SUS regionalizado. Nos termos da Portaria nº 399<sup>19</sup>, o Pacto pela Saúde “reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional”. Por isso, o terceiro volume da série “Pactos pela Saúde”<sup>22</sup>, refere que a territorialização é o primeiro princípio da regionalização do SUS no Brasil.

No âmbito municipal e especificamente da atenção básica, ainda no contexto do Pacto pela Saúde, será também apresentada a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)<sup>4</sup>. Uma segunda versão da PNAB foi apresentada em 2011 para incluir o papel da atenção básica das redes de saúde do SUS (RAS)<sup>23</sup> e uma terceira edição, de antemão criticada pelo momento político da sua apresentação, foi recém-publicada<sup>5</sup>. Nas duas primeiras edições da PNAB a territorialização foi apresentada como atribuição comum a todos os profissionais da atenção básica e na terceira edição passou a figurar também como uma diretriz, não apenas como uma atribuição.

Algumas críticas, todavia, foram estabelecidas à regionalização da saúde no Brasil, mesmo a que foi proposta no Pacto pela Saúde<sup>24</sup>. Da mesma forma, reconheceu-se a dificuldade de integração dos serviços através das RAS<sup>25</sup>. É como se houvesse uma lacuna entre um sistema municipal autarquizado e fragmentado e um sistema regional incompleto e de certa forma ainda confuso, sobretudo sem um direcionamento jurídico adequado. Por isso, duas importantes regulamentações foram desenhadas para tentar resolver parte dessas questões. Uma delas é a Portaria nº 4.279, de 2010, que foi a primeira a estabelecer diretrizes claras para as RAS do SUS no Brasil<sup>26</sup>.

Uma segunda normativa importante é o Decreto 7.508, de 2011, que regulamenta o planejamento e articulação interfederativa do SUS<sup>27</sup>. Através desse decreto, a regionalização passou a ser celebrada através do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, que é, em síntese, um instrumento de planejamento regional. Mas ele avança em relação ao que se propunha no PDR, pois nele são celebradas as responsabilidades sanitárias e financeiras pactuadas entre os três entes federativos. Em suma, o contrato traz a se-

gurança jurídica que até então não existia para a constituição das regiões de saúde, além de integrar mais coerentemente os sistemas municipal e regional<sup>21</sup>.

A territorialização do SUS encontra, portanto, novos desafios na segunda década do século XXI. Pela primeira vez, de maneira mais efetiva, inclusive com instrumentos jurídicos, coloca-se a questão de integrar o SUS municipal e regional, articulando-se uma única estrutura hierárquica compartilhada. Todavia, convergem também políticas contrárias ao projeto territorializador, que trazem enorme dificuldade para a unificação do modelo assistencial e sua articulação reticular.

### **A territorialização da Atenção Básica à Saúde do SUS: projeto social inacabado**

A atenção básica à saúde do SUS é um projeto territorial inacabado. Esse projeto foi concebido num contexto de reforma, em fins da década de 1980, e posto em xeque pela contrarreforma neoliberal ainda no início da década de 1990<sup>28</sup>. O neoliberalismo é contrário às políticas territoriais, pois seu objetivo é exatamente a fragmentação do território<sup>29</sup>. Na acepção miltoniana<sup>29</sup>, o neoliberalismo não reconhece o território que ele mesmo explora, mas o mercado globalizado como uma rede produtora de irracionalidades, sendo ao mesmo tempo e dialeticamente seu objetivo e sua consequência. Por isso, no campo da saúde, o modelo privatista e hospitalocêntrico será seu corolário, ao contrário do modelo de atenção territorializado e organizado para grupos populacionais geograficamente localizados.

Portanto, a primeira limitação para se completar a territorialização da ABS do SUS é de natureza político-ideológica e está relacionada com o modelo de atenção que se quer adotar. É altamente simbólico, por exemplo, que uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) só venha a ser produzida quase vinte anos após a constituinte. Então, para além da demora de se pensar a regionalização do SUS e de sistemas de governança regional, a municipalização experimenta uma limitação que lhe é própria e cuja solução ainda não foi dada, qual seja: a unificação do modelo de atenção.

A questão que se coloca, então, é por que o modelo de atenção territorializado, proposto na primeira edição da PNAB como um reordenamento assistencial baseado na estratégia saúde da família, não se completou? Ou seja, por que o sistema não foi unificado e a porta de entrada do SUS não foi completamente desenhada? Cremos

que as repostas estejam relacionadas tanto com a dimensão da política de Estado para o sistema público de saúde no Brasil, quanto com o ordenamento ou planejamento interno ao SUS.

O financiamento, por exemplo, que é uma dimensão da política de Estado, representa um dos principais entraves ao projeto universalista do SUS. O fato é que ainda não foi encontrada uma solução financeira a esse projeto. De acordo com Barros e Piola<sup>30</sup>, o Brasil é o único país do mundo que dispõe de um sistema de saúde universal em que o gasto público é menor que o privado. Em 2014, por exemplo, o SUS consumiu 3,9% do PIB brasileiro. Nos países da OCDE com sistemas de saúde semelhantes, como Espanha, Alemanha, França, por exemplo, esse valor foi de cerca de 8%<sup>31</sup>.

O subfinanciamento é um problema crônico do SUS que já era grave até o Pacto pela Saúde, ampliou-se, a partir de 2007, com o fim da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), pois os fundos não foram repostos; e parece caminhar para o desvanecimento com o regime fiscal que define o congelamento dos gastos por vinte anos<sup>32</sup>. O problema se intensifica porque o regime de congelamento é feito sob uma realidade já extremamente precarizada de contenção de gastos e de regulamentações que levam à desconstrução do SUS.

Outro problema que incide diretamente na capacidade de ofertar serviços territorialmente acessíveis é o estrangulamento financeiro dos municípios. A descentralização não foi acompanhada, na mesma velocidade, da transferência de recursos pelo governo federal. Esse problema se intensificou após a Ementa Constitucional (EC) nº 29<sup>33</sup>, que aglutinou as normativas anteriores e regulou o montante mínimo a ser aplicado no SUS pelos três entes federativos<sup>31</sup>. Para se ter uma ideia, entre 2000 e 2011, a participação relativa da União nos custos com o SUS caiu 26,6%, enquanto os municípios aumentaram sua participação em 36,4%<sup>30</sup>. A EC-29 só foi regulamentada em 2012, através da Lei Complementar (LC) nº 141<sup>34</sup>, que foi uma normativa bastante aguardada na esperança de que resolvesse o subfinanciamento do SUS. Mas ela não alterou a participação federal no financiamento público para a saúde e as regulamentações posteriores fizeram ainda agravar o problema.

Todos esses instrumentos normativos, que são políticos e refletem uma visão política da saúde, levaram ao que Campos e Pereira-Junior<sup>35</sup> chamam de esgotamento do modelo indutivo de constituição das redes de ABS no Brasil. O mo-

delo indutivo é o artifício utilizado, por exemplo, na expansão da ESF, que é uma forma de criar demandas através de incentivos dados pelo Ministério da Saúde. Não há planejamento sistêmico nesse modelo, pois cabe unicamente ao município a decisão de aderir ou não ao programa. Todavia, para além da desresponsabilização federal com o planejamento da ABS, esse processo foi ainda acompanhado pela progressiva erosão da capacidade indutiva de reorientação assistencial. Por conseguinte, foi ficando cada vez mais oneroso para os cofres municipais a manutenção dos serviços de ABS, processo que foi ainda intensificado pela falta de reajuste dos repasses federais às ESF. Isso levou, como era de esperar, ao estrangulamento financeiro dos municípios e de sua capacidade de reorientar a ABS sob um único modelo assistencial.

Em relação ao ordenamento interno ao SUS, no que respeita às decisões estruturais relacionadas ao financiamento, o problema se agrava por decisões políticas e assistenciais equivocadas que jogam contra o modelo estratégico que se quer adotar. É o que ocorre na distribuição dos recursos entre os níveis de atenção à saúde do SUS. O estudo de Mendes e Marques<sup>36</sup> mostra, por exemplo, que entre 2001 e 2011, houve redução da participação relativa do bloco de financiamento federal para a ABS (de 32% para 23%) em comparação à atenção de média e alta complexidade (de 57% para 67%). E isso é um problema, pois não há convergência do modelo assistencial sem uma convergência financeira condizente. Portanto, a proposta da territorialização da ABS e de mudança no modelo assistencial disposto na PNAB não foi capaz de alterar essa priorização dos recursos aos níveis hierárquicos superiores do sistema de atenção. Ou seja, estamos a financiar uma estrutura estranha à proposta política contida no instrumento normativo do próprio SUS.

Como os instrumentos normativos estavam a pressionar a efetivação política, era necessário ou dar consequência aos instrumentos ou reformulá-los. Depois da publicação da PNAB em 2006, várias ações foram tomadas ora no sentido da convergência ao modelo, ora de desconstrução. De maneira geral, os instrumentos normativos e a prática política corroboraram para efetivar a ESF. É o caso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)<sup>37</sup>, que se colocou como um instrumento indutor da ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica, além de alterar os modos de financiamento<sup>38</sup>.

A alterações feitas com o PMAQ-AB, associada às novas orientações para a normalização das redes de atenção à saúde e a regionalização do SUS<sup>26,27</sup>, obrigaram o Ministério da Saúde a reestruturar a PNAB. Por isso, uma segunda edição foi produzida para incluí-las<sup>23</sup>. Aproveitou-se a ocasião para introduzir propostas organizacionais importantes como a flexibilização das equipes para atender populações específicas localizadas em situações territoriais especiais (populações ribeirinhas, indígenas, de rua) e a inclusão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que passou a exercer um papel fundamental de comando do planejamento territorial e assistencial.

Todos esses instrumentos e incentivos não foram capazes, todavia, de alterar o problema crônico da falta de médicos para a ABS no Brasil. Havia graves vazios assistenciais em territórios mais carenciados das grandes cidades e do interior do país. Além disso, no que respeita à formação médica, a regulamentação jogava contra o modelo de atenção que se queria adotar. Então, como resposta ao problema, foi criado o Programa Mais Médicos (PMM)<sup>39</sup>. O PMM passou, então, a regular três dimensões importantes da ABS no Brasil: o investimento em infraestrutura da rede de saúde, a ampliação e as reformas educacionais dos cursos de medicina e a provisão emergencial de médicos nos territórios vulneráveis<sup>40</sup>. Portanto, através desse programa o Ministério da Saúde passa a intervir na regulação da demanda e da formação para a ABS, que são processos fundamentais para orientar o modelo assistencial<sup>35</sup>. Embora tenha encontrado críticas pelo momento conturbado de sua produção<sup>41</sup>, o PMM representa, segundo Campos<sup>42</sup>, uma das primeiras políticas unificadas com capacidade de responder as disfuncionalidades do SUS criadas pela descentralização autárquica e desresponsabilização do Ministério da Saúde com a formação, financiamento e as relações de trabalho na ABS.

### **A desterritorialização da Atenção Básica à Saúde do SUS**

Até o PMM, com todos os percalços políticos e limitações estruturais, sobretudo de financiamento, tudo parecia convergir no sentido da consolidação e unificação do modelo assistencial orientado pela ESF. Nos últimos dois anos, todavia, a crise política e o discurso reformista, de cunho neoliberal, levaram a produção de vários instrumentos que mudaram esse sentido unificador. Um deles é a própria política de re-

forma fiscal que culminou com a chamada PEC dos Gastos<sup>43</sup>. A principal mudança foi a perda da vinculação de receitas, que era o que mantinha um aumento tímido dos investimentos. Se mesmo com vinculação de receitas o SUS era subfinanciado, como será, então, numa situação de um teto primário corrigido pela inflação e onde não há nenhuma vinculação setorial obrigatória? O desmonte do SUS é o termo mais recorrente na literatura que estuda o impacto dessa contrarreforma neoliberal<sup>44,45</sup>, salvo mudanças decorrentes do legítimo processo eleitoral.

A resposta, na ABS, a esse projeto neoliberal, foi a publicação da terceira edição da PNAB<sup>5</sup>, que trouxe, de imediato, manifestações contrárias de órgãos e instituições como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva<sup>46</sup>. A PNAB-2017 é um paradoxo, porque ao mesmo tempo que insiste na organização de uma ABS territorializada, permite arranjos estranhos ao modelo estratégico que ela mesmo propõe. Na ânsia de flexibilizar, a nova PNAB corre o risco de fragmentar ainda mais a ABS no Brasil.

A primeira tentativa de flexibilização se deu com as modalidades dos serviços. A nova PNAB reconhece um “padrão essencial” e um “padrão ampliado” para as ações na ABS. Indica que o “padrão ampliado” será resultado de ações estratégicas direcionadas para especificidades locais e o “padrão essencial” é o conjunto de serviços ordinários que serão ofertados uniformemente para todo o país. Há dois problemas fundamentais e relativamente preocupantes nessa tipificação assistencial. O primeiro é que não há parâmetros claros que diferenciam os padrões, nem mesmo em relação aos custos e formas de financiamento. Recomenda o texto que os serviços do “padrão essencial” devem também realizar ações e serviços do “padrão ampliado”, mas não há obrigatoriedade e nem critérios definidos. O segundo problema é a possibilidade de se pensar esse “essencial” como “seletivo” e começarmos a construir, no Brasil, uma atenção básica contrária aos princípios de Alma-Ata.

Essa flexibilização levou, por conseguinte, ao rompimento da ESF como modelo prioritário para a ABS no Brasil. Há dois encaminhamentos sintomáticos desse rompimento na nova PNAB. O primeiro foi a quase retirada do Agente Comunitário de Saúde (ACS) da Equipe Saúde da Família (eSF). O texto da portaria não define um número mínimo de ACS na eSF, senão apenas recomenda que sejam inseridos de acordo com critérios epidemiológicos, demográficos e socioeconômicos e com cobertura de 100% das áreas

vulneráveis. Portanto, uma eSF pode manter um único ACS e ela estará atendendo a legislação. Além disso, raramente o município vai desenvolver uma classificação das vulnerabilidades do seu território que exija dele uma cobertura total de ACS em algumas áreas, e isso não apenas por falta de vontade política, mas pelo fato de que se trata de algo relativo e difícil de ser disposto em lei.

Essa desobrigação é um golpe para a reorientação do modelo assistencial que vinha sendo pretendido e acentua ainda mais a proposta de uma ABS seletiva. De fato, fica claro que os serviços dos ACS serão destinados, principalmente, aos pobres. E isso é reduzir o potencial desse serviço para a ABS como um todo, sobretudo em relação a coordenação dos fluxos e a continuidade da atenção. A territorialização, por exemplo, só pode ser viabilizada pela busca ativa, que é algo quase sempre feito pelo ACS e sem a qual se torna bem mais difícil a identificação e a consequente intervenção nos determinantes sociais de saúde. Então, é curioso que a nova PNAB coloque a territorialização como uma de suas diretrizes (que é algo novo, não presente nas edições anteriores) e, ao mesmo tempo, a inviabiliza. A territorialização é uma atribuição comum a todos os profissionais da ABS, assim está posto na PNAB. Mas a verdade é que o profissional que mais entra nesse território e o reconhece é o ACS. E isso é absolutamente contraditório na nova PNAB.

A política de desconstrução do ACS ficou definitivamente clara na recente publicação da Portaria nº 83<sup>47</sup>, que pretende ofertar formação técnica em enfermagem a todos os ACS. Então, a defesa da formação profissional, que era uma bandeira para o fortalecimento das ações de vigilância à saúde territorializada, foi simplesmente transformada numa política de conversão profissional. Consequentemente, nesse contexto, o ACS deixa de existir para se tornar outro.

O segundo encaminhamento que rompe com a unificação do modelo de ABS é reconhecimento de uma nova forma de trabalho em equipe, a chamada equipe da Atenção Básica (eAB). Outras modalidades de equipes já estavam previstas na legislação anterior, mas a eAB representa claramente uma mudança do modelo assistencial. Na verdade, a eAB é um rearranjo criado para manter o desarranjo das UBS tradicionais, apenas que com uma nova roupa. A composição mínima, que é a quase sempre adotada, é representada basicamente por médicos, enfermeiros e técnicos. Não é obrigatório, por exemplo, a presença do ACS. A carga horária mínima de dez horas por categoria profissional, diferente da eSF,

que é quarenta horas, pode inviabilizar ações de prevenção e promoção da saúde no território. Portanto, sem a busca ativa que é feita pelo ACS e sem condições de desenvolver ações territorializadas, a eAB não muda o modelo de atenção.

Em suma, tal como expresso no texto da Portaria nº 2.346<sup>5</sup>, serão reconhecidas outras estratégias de atenção básica. Então, não se trata de realinhar ou de reorientar o modelo de atenção, mas de acomodar uma situação que definitivamente não rompe com uma visão médico-assistencial na ABS e, ao mesmo tempo, fortalece os dispositivos privados de oferta de saúde para a população. Não há alteração, por exemplo, nos dispositivos de financiamento, mantém-se uma sobrecarga de responsabilidades do município (na verdade, elas aumentaram), e como solução, será permitido toda sorte de arranjos a partir de uma equipe mínima. Portanto, atribui-se aos municípios toda sorte de obrigações num cenário inviável e que os incentiva a redesenhar o próprio modelo assistencial sob novas bases.

### Considerações finais

A territorialização é uma política fundamental para dar consequência aos princípios do SUS no Brasil. Todavia, convivemos ainda hoje com modelos de atenção desterritorializados e fragmentados em ações descontínuas, casuísticas e pouco resolutivas. A convergência assistencial, no sentido de criar redes de atenção territorializadas a partir da ABS, é uma proposta constitucional que foi sistematizada em diversos documentos ainda na década de 1990. Mas o Brasil demorou muito para unificar seu modelo de atenção. Demorou também para pensar os sistemas locais em relação aos sistemas regionais e de constituir mecanismos coerentes de modelagem das redes e da própria regionalização do SUS. Isso levou à sobreposição de modelos, o estrangulamento financeiro dos municípios e a precarização da ABS e do próprio SUS.

Diversos instrumentos criados nesse início de século foram importantes para se produzir um discurso unificador da ABS. A PNAB foi, certamente, um dos maiores avanços. Depois dela, foi importante a implementação do sistema de avaliação através do PMAQ e a regulação da formação médica pelo PMM. Ficou mais claro também o papel da ABS nas redes e na própria pactuação regional. Mas não se resolveu o problema financeiro para viabilizar um sistema de atenção territorializado. Então, as normativas passaram a orientar o modelo, mas a ideologia financeira era



estranha ao próprio modelo que se queria adotar. E esse problema se intensificou com a crise política e com a produção de instrumentos de desconstrução do SUS e da ABS.

A publicação da terceira edição da PNAB em 2017 sintetiza bem a ideologia política do novo momento. Basicamente o que se propõe é a des-territorialização da ABS pela desconstrução do modelo de atenção baseado no Saúde da Família. O reconhecimento de outras formas de organização (essencial e ampliada), a manutenção das tradicionais UBS através das eAB, e a desmante-

lamento do ACS, são alguns dos processos que levarão a um novo arranjo organizacional. Por conseguinte, será muito difícil desenhar a porta de entrada do SUS num sistema médico-assistencial curativo, fragmentado e seletivo. Salvo mudanças produzidas pelo próprio debate e pelo saudável processo político, a territorialização da saúde, como processo social de mudanças nas práticas sanitárias, corre o risco de ser inviabilizada. Portanto, como projeto idealizado e ainda inacabado, a territorialização da ABS do SUS, nos termos atuais, pode nem mesmo se completar.

## Referências

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
3. Mendes EV. *Redes de atenção à saúde*. Brasília: OPAS; 2011.
4. Brasil. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006; 29 mar.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 set.
6. Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico SUS* 1998; 7(2):7-28.
7. Mendes EV. O processo de distritalização da saúde. In: Mendes EV, organizador. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abasco; 1993. p. 93-158.
8. Gondim GMM, Monken M, Rojas LI, Barcellos C, Peiter P, Navarro M, Gracie R. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda, AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 237-255.
9. Unglert CVS. Territorialização em sistema de saúde. In: Mendes EV, organizador. *Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abasco; 1993. p. 221-235.
10. Monken M, Barcellos C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(3):898-906.
11. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro FF, Teixeira ACA. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Cien Saude Colet* 2013; 18(8):2253-2262.
12. Faria R. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. *Hygeia* 2013; 9(16):131-147.
13. Bezerra ACV, Bitoun J. Metodologia participativa como instrumento para a territorialização das ações da Vigilância em Saúde Ambiental. *Cien Saúde Colet* 2017; 22(10):3259-3268.
14. Brasil. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais. *Diário Oficial da União* 1990; 31 dez.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993: estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. *Diário Oficial da União* 1993; 20 maio.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.203, de 6 de novembro de 1996: redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde e aprova a NOB 01/96. *Diário Oficial da União* 1996; 6 nov.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001: aprova a NOAS-SUS 01/2001. *Diário Oficial da União* 2001; 26 jan.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002: dispõe sobre a NOAS-SUS 01/2002 - Norma Operacional de Assistência à Saúde. *Diário Oficial da União* 2002; 27 fev.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006: divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. *Diário Oficial da União* 2006; 23 fev.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.886/GM/MS de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas de Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 1997; 22 dez.

21. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saude Soc* 2015; 24:438-446.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Regionalização solidária e cooperativa*. Brasília: MS; 2006.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 24 out.
24. Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana AND'A. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1291-1310.
25. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud Av* 2013; 27(78):27-78.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2010; 31 dez.
27. Brasil. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 29 jun.
28. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377:1778-1797.
29. Santos M. *Por uma outra globalização*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2000.
30. Barros MED, Piola SF. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Brasília: MS/OPAS/OMS; 2016. p. 101-138.
31. Mendes Á, Rózsa-Funcia F. O SUS e seu financiamento. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Brasília: MS/OPAS/OMS; 2016. p. 139-168.
32. Marques RM. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. *Planejamento Políticas Públicas* 2017; 49:35-53.
33. Brasil. Ementa Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao ato das disposições constitucionais transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União* 2000; 13 set.
34. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2012; 16 jan.
35. Campos GWS, Pereira-Júnior N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2655-2663.
36. Mendes A, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saude Debate* 2014; 38(103):900-916.
37. Brasil. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Diário Oficial da União* 2015; 05 out.
38. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AAA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saude Debate* 2014; 38(n. esp.):358-372.
39. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
40. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. "Mais Médicos": a Brazilian program in an international perspective. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):623-634.
41. Ribeiro RC. Programa Mais Médicos – um equívoco conceitual. *Cien Saude Colet* 2015; 20(2):421-424.
42. Campos GWS. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):641-642.
43. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2016; 16 dez.
44. Noronha JC, Noronha GS, Costa AM. A revolta contra os pobres: saúde é para poucos. *Saude Debate* 2017; 41(112):13-19.
45. Freitas AA. Uma crítica heterodoxa à proposta do Novo Regime Fiscal (PEC nº 55 de 2016). *Indic Econ FEE* 2017; 44(4):9-26.
46. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). *Contra a reformulação da PNAB - nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica* [Internet]. 2017 [acessado 2018 Jan 20]. Disponível em: <https://w2011ww.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>
47. Brasil. Portaria nº 83, de 10 de janeiro de 2018. Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde - PROFAGS, para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Agentes de Combates às Endemias - ACE no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019. *Diário Oficial da União* 2018; 17 jan.

Artigo apresentado em 26/06/2018

Aprovado em 15/04/2019

Versão final apresentada em 17/04/2019