

Capítulo produzido para livro “Perspectivas para o cuidado, para avaliação e para pesquisa na APS”, da coleção “Atenção Básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos: contribuições das universidades brasileiras para avaliação e pesquisa na APS”, a ser publicado e lançado em novembro de 2020 pela Editora Hucitec.

Título: Da Atenção Básica à Atenção Primária – do cuidado integral territorializado à focalização médico-centrada no SUS. AMAQ, PMAQ e remuneração por “resultados”.

Laura C.M. Feuerwerker

Resumo:

O capítulo é iniciado retomando o debate – ainda, sim – sobre as diferenças entre Atenção Básica e Atenção Primária e as disputas político-conceituais envolvidas na produção da política nacional de atenção básica no Brasil. O borramento dos conceitos abrindo caminho para o esvaziamento das apostas cruciais: no cuidado territorializado, na abertura para a diversidade e complexidade dos modos de viver e produzir saúde, no conceito ampliado de saúde, na integralidade. Para chegarmos, no momento atual, a um texto de política que renomeia a política como de atenção primária em saúde, focaliza na ação clínica (de médicos e enfermeiros) sobre os agravos à saúde individual dos usuários pertencentes aos segmentos mais vulneráveis da população e implanta a remuneração por metas. A avaliação externa quantitativa, complementada por incentivos financeiros às equipes produzida por meio do PMAQ ajudou nesse borramento? Como e por quê? Este o debate central do artigo.

#### 1. Um pouco mais sobre atenção básica x atenção primária

Ainda outra vez? Para que insistir nessa polêmica, que agora parece só “filigrana”, já que muitos – tanto no SUS, como nas universidades – já abdicaram de marcar qualquer diferença e aderiram à designação APS?

Alguns dizem – “já foi, agora esse é o nome da política” – como se fosse mesmo apenas uma questão de nome; outros alegam compatibilidade com a “nomenclatura internacional” – mas, no entanto, esse argumento nunca foi usado para abdicar de uma outra construção brasileira - a saúde coletiva - não é mesmo? E ainda falando das tais “nomenclaturas internacionais a que devemos nos submeter”, faço menção aqui a outra polêmica clássica: “trabalhadores de saúde x recursos humanos em saúde”... tantos anos depois é divertido ver emergir um movimento internacional para reconhecer que, para pensar em produzir mundos alternativos ao neoliberal, trabalhadores (de saúde inclusive) não podem ser reduzidos a “recursos humanos” (<https://democratizingwork.org/>)...

Não insistir ainda um pouco na polêmica é deixar de produzir visibilidade para as tensões, para as forças que construíram diferentes sentidos e apostas na criação das diferentes modalidades de cuidado nos territórios – mais ou menos capilar, mais ou menos ampliado, mais ou menos interdisciplinar, mais ou menos participativo, mais ou menos cuidador. A falta de precisão contribui para a perda de sentido, para uma pasteurização que empobrece e equipara práticas, limitando-as a seus aspectos formais, em que as declarações importam mais que os efeitos.

Mas, conversa curta. Há poucos artigos enfrentando a polêmica. Vou tomar aqui como referência três artigos: Gil, C.R.R, 2006; Melo et al, 2009; Baptista et al, 2009, que me parecem levantar questões fundamentais.

O artigo de Melo (2009) indica vários planos de tensão, discutindo principalmente o âmbito internacional. As seguintes são algumas das questões que se podem recolher do texto: primário tem a ver com níveis de atenção, entendendo níveis como planos de complexidade crescente, como indicado, de algum modo, a partir do relatório Dawson? Conceito de APS teria sido criado como parte do esforço de mostrar que a atenção hospitalar representa só uma (pequena) fração dos necessários cuidados em saúde, numa contraposição ao hospitalocentrismo? Tem a ver com o debate dos modelos tecnoassistenciais? Implica uma orientação sobre como organizar/desenhar esses cuidados não hospitalares? Seriam esses cuidados ambulatoriais? Seriam cuidados em saúde com base comunitária? Atenção primária trabalha com qual conceito de saúde? Questões em disputa, indica o texto. Diferentes correntes, diferentes formulações, diferentes apostas políticas.

O mesmo artigo apresenta certos passos do debate dentro da Organização Mundial da Saúde (OMS) – onde foi produzido o conceito - percorrendo todas essas questões. Em 1975 foi a primeira vez que Atenção Primária à Saúde foi mencionada em um documento oficial da OMS como uma alternativa comunitária para responder às necessidades de saúde. Outros estudos e proposições na sequência foram fortalecendo a ideia da atenção primária como alternativa para os países mais pobres construírem projetos de desenvolvimento social com base comunitária. Mas em que difeririam os cuidados básicos em saúde dos serviços básicos de saúde, conceito anteriormente utilizado e que já incluía a intersectorialidade e a inserção comunitária, pontos fortes na definição de atenção primária à saúde?

Alma-Ata, a referência mais usada para fundamentar o tema, entrou para a história por seu valor político. Ou seja, em meio aos embates da Guerra Fria, a União Soviética sediou uma Conferência internacional para marcar a defesa da saúde como direito humano e denunciar os efeitos deletérios de sua mercantilização, da incorporação de tecnologias e especialização médica com critérios de mercado. Em relação aos princípios e à radicalidade com que essa ideia seria levada adiante, a Declaração de Alma Ata é bem vaga:

“Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para

indivíduos e famílias na comunidade mediante sua plena participação e *a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento*, no espírito da autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando o máximo possível os serviços de saúde aos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem *também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde.*" (OMS/UNICEF, 1979, p.2) (grifos meus)

Deixa em aberto, portanto, a abrangência e os princípios para organizar os cuidados primários em saúde, referindo-se às possibilidades, inclusive de financiamento, de cada país. E isso, registram vários materiais referidos por Melo et al (2009), por ter sido impossível superar as divergências em relação ao papel do Estado, modos de financiamento, referências à pobreza etc. A solução foi uma definição genérica que coubesse em muitas realidades, ainda que fragilizando princípios. (LISIOS, 2002).

Apesar da importância política de Alma Ata, o que se viu, na sequência, foi a continuidade das tensões e divergências e uma gigantesca heterogeneidade de experiências e arranjos abrigados sob a designação de APS e suas variantes. Diferenças entre Atenção Primária, Atenção Primária à Saúde e Atenção Primária à Saúde de orientação comunitária são indicadas no texto.

Já no ano seguinte a Alma Ata, ganhou evidência a proposta simplificada, focalizada, marcada pela razão econômica da custo-efetividade, expressa nas proposições da Conferência de Bellagio, endossada pelo Banco Mundial nos anos 90 (Cueto, 2003). Seria, então, APS uma proposição orientada somente aos países pobres, endereçando necessidades extremamente fundamentais e as doenças que mais matam (Walsh-Warren, 1979)?

Ou seria o melhor modo de organizar o acesso ao sistema de saúde, em torno da atuação de médicos gerais ao invés de especialistas, garantindo primeiro contato, abrangência, continuidade e coordenação do cuidado médico, como diz Barbara Starfield (2002)?

Mundo afora, arranjos extremamente heterogêneos seguiram sendo designados, às vezes a posteriori, como atenção primária à saúde.

Na América Latina, os artigos também indicam uma história de polêmicas. Atenção Primitiva, acusa Testa (1992), pela simplificação dos problemas de saúde e dos cuidados preconizados ou pela redução dos fenômenos sociais a atributos, como argumenta Cantillano (1983). Nos anos 80, intensificou-se o debate sobre a necessidade de reformar os sistemas de saúde com base na ideia da universalidade. Mas, durante os anos 90, já marcadas pela lógica do neoliberalismo, foram experiências de APS simplificada as que proliferaram nos países latino-americanos, com exceção do Brasil (Baptista et al, 2009).

Em 1979, Donnangelo já identificara linhas de continuidade entre medicina comunitária e a proposta de APS, compondo arranjos médicos de controle das tensões sociais e manutenção da força de trabalho, tese reforçada por Merhy (1997), que identifica na Saúde da Família a expressão brasileira da APS, sobretudo em seus aspectos relativos à focalização e à medicalização, resultando num arranjo empobrecido e capturado.

Por outro lado, o artigo de Melo et al (2009) destaca também a adoção preferencial e explícita da ideia de APS pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) já em 2006 e uma crescente presença da expressão APS em documentos oficiais do Ministério da Saúde, sempre argumentada com a equivalência em relação à Atenção Básica. Não por coincidência essa “mistura” inicia-se a partir do momento em que a direção da Atenção Básica no Ministério da Saúde passou a ser ocupada por uma sequência de médicos de família, vinculados à SBMFC.

Mas no Brasil a Atenção Básica tem também uma história própria que, em parte antecede, esse debate todo sobre APS (Merhy, 1997); (Baptista et al, 2009).

## 2. Atenção Básica no Brasil

Com base num conceito ampliado de saúde, foi proposta, na III Conferência Nacional de Saúde, uma modalidade de cuidado territorializado, articulando ações individuais e coletivas, como parte de uma política de saúde inserida no combate à desigualdade social, numa formulação a que o sanitarista Mario Magalhães da Silveira contribuiu de modo importante (Merhy & Queiroz, 1993). Essa linha de formulação foi interrompida pelo golpe militar e só retomada nas movimentações e experimentações no processo de luta e construção do SUS.

Apesar disso, foram muitas as experiências de organização de atenção básica, particularmente a partir dos 70/80, impulsionadas por iniciativas estaduais, municipais (Merhy, 1997) e por projetos de integração docente-assistencial (Baptista et al, 2009)

A depender dos municípios, estados e regiões, as acumulações na produção da rede básica foram heterogêneas no Brasil - em função das desigualdades econômico-sociais e de diferentes projetos e embates políticos. Foi com a estratégia de saúde da família que elas alcançaram todos os municípios, particularmente nas regiões norte e nordeste. Apesar das apostas em fazer da atenção básica um elemento decisivo no caminho de um cuidado integral em rede, resolutivo e contextualizado, a heterogeneidade dos princípios materializados nos arranjos e práticas na atenção básica brasileira persistiu ao longo dos anos (Feuerwerker, 2005).

No entanto, diferentemente das experiências de APS no mundo, que se caracterizam fundamentalmente como modalidades de organização capilar da assistência médica produzida por um generalista (Starfield, 2002) e, por isso mesmo, sempre associadas às ofertas, por outras equipes, das chamadas ações de saúde pública (OPS, 2009), no Brasil a rede básica articula tudo isso nas ações e no cuidado produzidos pelas equipes

interdisciplinares (mais ou menos amplas), com base territorial, incluindo assistência, imunização, vigilância epidemiológica, ações coletivas, educação em saúde etc.

Nos textos da Política Nacional de Atenção Básica, excluindo-se os de 2017 e 2019, que representam uma ruptura com as proposições anteriores, afirmava-se a aposta de fazer chegar o cuidado em saúde aos diferentes territórios em que a vida é produzida, reconhecendo, ao menos formalmente, as circunstâncias específicas da vida em cada território e propondo a articulação do cuidado individual e coletivo, entendendo a saúde de modo ampliado. Muitas proposições para alargar o olhar, ampliar a escuta e a resolutividade foram sendo incluídas nos textos das políticas, tais como o acolhimento, a construção de projetos terapêuticos singulares, as equipes de apoio, o matriciamento, entre outros (Brasil, 2006a); (Brasil, 2011).

Mas que estratégias as políticas colocaram em ação para que tudo isso saísse do papel? E por que seriam necessárias estratégias para tanto?

A produção de uma política sempre envolve disputas de poder, de projetos. Mesmo depois de produzido o texto de uma política, resultado em que umas forças emplacaram mais, outras menos, as forças continuam operando em todos os espaços no sentido de seus projetos e interesses. Continuam atuando na mídia, junto aos poderes constituídos (diferentes níveis do executivo, judiciário e legislativo, nas universidades, nas associações representativas, nas entidades profissionais, nos partidos políticos etc.) e no cotidiano do trabalho nos mais diversos lugares (Feuerwerker, 2017).

A política de atenção básica propunha trabalhar com um conceito ampliado de saúde, mas o conceito hegemônico é marcado pelo biologicismo, por exemplo. A política propunha trabalho em equipe multiprofissional, mas é intensa a disputa de poderes entre as profissões. Propunha a construção compartilhada com os usuários, mas é comum a desqualificação dos saberes dos usuários, um olhar soberano dos trabalhadores baseado no conhecimento técnico-científico, a partir do qual se pretendia governar a vida dos usuários. A política falava de um território vivo, mas predomina uma ideia de área de abrangência; falava do acolhimento como ampliação da escuta, mas ele frequentemente está reduzido a uma triagem. A política falava de uma atenção básica orientadora do cuidado, mas ela muitas vezes é operada de modo isolado, mais encaminhadora do que garantidora da continuidade do cuidado. Isso para citar algumas questões, que poderiam ser muito ampliadas (Merhy et al, 2019)

Ou seja, a política nacional até 2016 propunha em seus textos uma série mudanças de conceitos e práticas para que a atenção básica pudesse cumprir um papel de reorientação do modelo tecnoassistencial, enriquecedor do cuidado, promovedor de potências de vida, com forte vínculo com os usuários. No entanto, para se efetivar, tudo isso depende de muitas mudanças e é objeto de muitas disputas. Seriam necessárias muitas e variadas estratégias para enfrentar essas questões, mudar valores, mudar as práticas no cotidiano, favorecer as mudanças.

Tantas e tão importantes são essas disputas (e tão estratégica para o fortalecimento do SUS seria uma atenção básica poderosa), que, ao lado da política de saúde mental, a política de atenção básica foi imediato objeto de desmonte pelo governo necropolítico de Jair Bolsonaro. Assim, a política atual, agora oficialmente chamada de Atenção Primária à Saúde, retrocede no texto em muitos desses aspectos: despreza o território, a vida e as ações coletivas, foca nos aspectos clínicos e nos procedimentos, centra o trabalho no médico, desvaloriza o agente comunitário de saúde, suspende o financiamento federal para as equipes multiprofissionais de apoio, entre outros problemas. Um desastre.

Claro que nem a atenção básica poderosa, nem o desmonte pretendido pelo Ministério da Saúde (à época ainda com Mandetta à frente) acontecem automaticamente a partir dos textos das políticas. Existe resistência, existem apostas municipais, existe disputa de projetos no cotidiano, existe acúmulo de discussão (Merhy et al 2019). Para efetivar políticas, em quaisquer sentidos, são necessários dispositivos, estratégias, já que o texto das políticas expressa um certo jogo de forças, mas as disputas continuam, em todos os planos. Mais necessário ainda esse enfrentamento quando as apostas das políticas se confrontam com o hegemônico, o estabelecido.

### 3. Dispositivos da Política Nacional de Atenção Básica

O Ministério da Saúde do atual governo – que é contra um sistema de saúde universal - quer radicalizar a focalização da atenção básica às populações mais pobres e vulneráveis (o resto ficaria por conta do mercado) e está lançando mão do financiamento como dispositivo crucial (cancelou o financiamento per capita universal da atenção básica; instituiu a remuneração por população cadastrada e depois por metas atingidas, fundamentalmente centradas em ações clínicas individuais). Conta também com a intensificação da centralidade da atuação clínica do médico nas ações da atenção básica, em parte favorecida pela captura da medicina de família pelo mercado privado, sua linguagem e seus critérios, mas em parte desfavorecida pela falta crônica de médicos para atuar na atenção básica justamente nas áreas mais desfavorecidas.

Mas quais teriam sido as estratégias e dispositivos anteriormente implementados para efetivar a política de atenção básica? E como o PMAQ entra nisso?

O primeiro conjunto de dispositivos para estimular o protagonismo dos municípios na construção do SUS ( e, em consequência, da atenção básica - sua responsabilidade precípua) veio com a NOB 93, com a habilitação dos municípios como gestores do SUS em três graus: gestão incipiente, parcial e semiplena, configuração esta relativa ao conjunto de atribuições da gestão municipal e estabelecida mediante negociações e compromissos pactuados junto às comissões intergestoras bipartites estaduais e conselhos de saúde. Esse era um conjunto de dispositivos políticos, basicamente definindo competências dos entes federados, criando instâncias colegiadas e instrumentos de construção e negociação (planos de saúde, relatórios de gestão,

fundos de saúde em cada esfera de gestão etc.). Os instrumentos de gestão foram ganhando materialidade ao longo do tempo, mas um número relativamente pequeno de municípios assumiu a gestão simplificada nos primeiros anos. Reconhecidamente, um dos limites para esse avanço tinha a ver com a lógica do financiamento, ainda atrelada à capacidade prévia de produção de serviços e, portanto, restritiva e concentradora, e com a necessidade de construir capacidade local de gestão. Apesar de falar de gestão e de prestação de serviços, a NOB 93 não entrava no mérito de como a atenção devia ser organizada (Gil, 2006).

O segundo conjunto de dispositivos veio com a NOB-96 e eles eram políticos e financeiros. Foram redefinidas as modalidades de habilitação de gestão dos municípios, agora como gestão plena da atenção básica e gestão simplificada, considerando que essa distinção favoreceria a assunção de responsabilidades por parte dos municípios. Do ponto de vista financeiro, foram dois elementos. O primeiro, a criação do Piso de Atenção Básica, instituindo um financiamento per capita universal a todos os municípios, ou seja, o cofinanciamento federal para as ações de atenção básica, independentemente da quantificação da produção de ações de saúde, o que foi extremamente importante para universalizar a atenção básica e levá-la a todos os municípios. O segundo, a criação do Piso de Atenção Básica variável, foi usado ao longo do tempo de diferentes modos: num primeiro momento foi usado como dispositivo de indução em relação às modalidades de organização da atenção básica, ampliando o financiamento para os municípios que adotassem a estratégia de saúde da família. Mais tarde, o PAB variável foi usado como dispositivo de promoção de equidade (aumentando o PAB para municípios de baixo IDH, para municípios com população quilombola, ribeirinha etc., entre outros).

Inegavelmente a criação do PAB foi um elemento muito positivo e com grande impacto, favorecendo a expansão da atenção básica e inaugurando um dos únicos dispositivos universais de financiamento no SUS sem condicionantes.

O PAB variável, entretanto, inaugurou o financiamento como dispositivo de indução à adoção de arranjos e práticas de gestão e de saúde, depois naturalizado, tornado rotina – como se não houvesse outra possibilidade para dar materialidade às políticas. Em que pese o papel positivo que teve o financiamento adicional para a criação de serviços de atenção básica, particularmente para as regiões mais empobrecidas do país, essa prática teve várias implicações negativas, que vale discutir.

Primeiro, uma tendência que se prolongou ao longo dos anos e governos de, a partir das políticas nacionais, padronizar os arranjos organizativos da atenção Brasil a fora, desconsiderando contextos e acumulações locais e restringindo a expressão da criatividade e das necessidades dos municípios.

Segundo, subordinando o debate político aos mecanismos de financiamento, contaminando a formulação política e a pactuação de princípios e diretrizes com as lógicas de financiamento e racionalização de gastos.

Esses dois efeitos contribuíram para a efetivação de uma relação de subordinação entre os entes federados (manda mais quem tem mais dinheiro), perversa para os municípios, especialmente considerando o subfinanciamento crônico a que o SUS está submetido desde sua criação), para o não fortalecimento/enfraquecimento do potencial de formulação das gestões municipais e inauguraram uma prática de sobrevalorização das declarações formais acerca do trabalho em relação aos processos vivos de construção (Feuerwerker, 2005).

Na sequência foi ativado um outro dos dispositivos mais comumente usados na construção da política de atenção básica: as capacitações e um investimento quase exclusivo para qualificação dos trabalhadores da estratégia de saúde da família em relação a outras modalidades de organização da atenção básica (Feuerwerker, 2005).

Assim, em 1997, foram instituídos os Pólos de Capacitação em Saúde da Família, que inauguraram a oferta de cursos de especialização, de cursos introdutórios e de outras iniciativas de capacitação das equipes da atenção básica, que foram ampliadas e multiplicadas ao longo do tempo.

As estratégias de capacitação também foram o principal dispositivo utilizado para formar gestores, tentar construir capacidade local de gestão para o SUS, por meio de centenas de iniciativas formativas – mais ou menos pontuais, mais ou menos formais.

Cursos e manuais que expressam na prática a aposta em governar o trabalho em saúde por meio de normas, regras e protocolos. Iniciativas que partem do pressuposto de que se as pessoas não fazem o que está prescrito é porque não sabem ou não entenderam. Às vezes não sabem algo mesmo e a capacitação pode ajudar. Mas em muitas situações a desconformidade com a norma prescrita tem a ver com outros processos: problemas e circunstâncias locais, relações de poder, discordâncias ético-políticas, disputas de projetos. Uma infinidade de elementos e situações que não serão modificadas por infinitas horas de capacitação (Feuerwerker, 2014).

Verdade que houve e há, pontualmente, iniciativas formativas que procuram dialogar e algumas vezes até problematizar as experiências e o contexto local vivido por trabalhadores e gestores, mas são minoria. Pois é minoritário na gestão do SUS e na produção das políticas o reconhecimento de que o trabalho em saúde é vivo em ato, acontece no encontro e é interferido de modo vivo pelas forças e projetos em disputa (Feuerwerker, 2014)

Configuraram-se assim as duas das principais estratégias /dispositivos adotados para implementação da política de atenção básica: incentivos financeiros e capacitações. Uma, a do incentivo financeiro, constrange o debate político, subordina instâncias de gestão e a outra, a das capacitações, supõe ser o conhecimento técnico “atualizado” suficiente para orientar o trabalho e as práticas de saúde de acordo com as normas.

Há um terceiro dispositivo, o controle, que vem sendo progressivamente adotado. Na lógica formal do SUS, há as políticas e as realidades locais. Municípios planejam, levando em conta as políticas e sua realidade e depois prestam contas – aos conselhos,

às câmaras de vereadores, às CIBs, ao ministério da saúde, ao ministério público etc. Plano de Saúde, Relatório de Gestão, conforme diz a NOB 93.

Mas cada área técnica do Ministério da Saúde foi implementando seus próprios mecanismos de indução financeira, cobrança e controle, num movimento crescente, que foi parcialmente interrompido pelo Pacto de Gestão do SUS. O Pacto propôs a construção pactuada e colegiada de metas e caminhos e restringiu a fragmentação das transferências de recursos federais. (Brasil, 2006b).

O Pacto foi um momento interessante de construção, que favoreceu em certa medida a reorganização das instâncias colegiadas de gestão do SUS e buscou apostar na pactuação solidária, mas que foi enfraquecido pela falta de dispositivos para sua concretização e pelo abandono político da proposta pelo próprio Ministério da Saúde a partir de 2007 (Furtado, 2016). Mais tarde, a pactuação seria teoricamente substituída por um contrato, o Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde, (COAP) previsto no Decreto Presidencial que regulamentou e definiu vários aspectos organizativos, operativos e normativos do SUS (Brasil, 2011b). Teoricamente, porque o COAP nunca emplacou. Mas a mudança simbólica é significativa: da pactuação a um contrato....

Há também o controle operado no cotidiano. Controle sobre o trabalho vivo dos trabalhadores e controle sobre a vida dos usuários. Protocolos rígidos, metas, prescrições de vida, regras rígidas na operação dos serviços. Uma série de instrumentos e estratégias importados da lógica empresarial e da atenção gerenciada em saúde (Iriart et al, 2000); (Gomes, 2015); (Melo & Mattos, 2018).

#### 4. O PMAQ

Pois em que sentido iria o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)? Vai no sentido do controle e do incentivo financeiro, rompe a tradição da autoavaliação e prestação de contas nas instâncias colegiadas do SUS, ao instituir uma avaliação cujo principal componente é externo e quantitativo, que não considera os processos e funciona quase como uma auditoria: faz grupo? Sim? Prove. E a prova é uma lista de presença. E a recompensa pelos resultados é um incentivo financeiro.

O PMAQ foi instituído no clima do Decreto 7508 acima mencionado. Para haver ampliação no financiamento da atenção básica, só mediante avaliação (e controle) minuciosa(o) do que se faz nas unidades.

Seria possível avaliar de outro modo? Claro. Mas não sob o controle estrito do Ministério da Saúde... Ah, mas há um componente de autoavaliação, pode-se argumentar. Sim. Um longo roteiro, que poderia ser matéria para ricas reflexões das equipes, mas em geral não é. Longo demais, extenso demais, prazos curtos demais. Assim como já vivenciado antes com o AMAQ.

O PMAQ estabelece o que deve ser feito. Do Oiapoque ao Chuí. Estabelece valores, formais em sua maioria. Território seria um valor, mas como é avaliado? Pela presença de um mapa. Educação permanente em saúde seria um valor, mas é analisada como

realização ou não de capacitações. Apoio seria um valor. Mas é avaliado pela presença ou ausência.

Cada unidade básica de saúde é um mundo extremamente complexo. Ela é constituída por diferentes planos. Há um plano formal, que define sua finalidade, o papel de cada um dos trabalhadores que configuram a unidade, que prescreve modos de operar e se relacionar. As políticas de atenção básica e muitos dos cadernos/guias/manuais cumprem esse papel (Feuerwerker, 2014).

Mas esse plano formal é atravessado por muitos outros planos. Há condicionamentos políticos e materiais concretos que dificultam ou facilitam diferentes dinâmicas e operações. Há uma história do lugar, que cria determinadas expectativas e possibilidades e bloqueia outras. Há diferentes perspectivas e projetos produzidos pelas diferentes corporações profissionais e também por distintos movimentos e segmentos da população. Há a história de vida de cada um dos sujeitos que operam nesse cenário e que modifica o modo como ele utiliza seus conhecimentos técnicos e sua potência ética em diferentes situações. Há diferentes perspectivas ético-políticas e também as decorrentes das diferentes formações profissionais. Há os efeitos que a relação entre os membros das equipes produz sobre todos, também abrindo e fechando possibilidades. Isso sem falar no tamanho do município, na existência ou não de um setor privado, no imaginário e nos valores sobre saúde construídos pela mídia etc. (Feuerwerker, 2017).

Assim, apesar de haver regularidades entre as várias secretarias de saúde, as várias unidades básicas, também há diferenças importantes entre elas, decorrentes de diferentes combinações e atravessamentos entre esses e outros planos de constituição, movidos por forças e projetos em disputa (Feuerwerker, 2014).

Mas as políticas de atenção básica e o PMAQ operam para produzir regularidades. Regularidades, algumas delas boas, refletindo valores interessantes, há trabalhadores que só ficaram sabendo de parte de suas atribuições a partir do PMAQ. Mas muitas expressando o esvaziamento de sentido, a burocratização do trabalho, a movimentação dos trabalhadores pressionada por metas quantitativas que não favorecem o recolhimento e a reflexão sobre os efeitos do trabalho. Olham apenas se há e quanto, olham apenas para a declaração formal. Não favorecem o recolhimento e a reflexão sobre os efeitos, novos pactos e modificações dos arranjos. Vale o número de consultas e grupos, não importa se isso está proporcionando cuidado e melhor manejo da hipertensão arterial para as pessoas atendidas, por exemplo. Muitas pesquisas já produziram visibilidade a esse esvaziamento de sentido e burocratização operados pela captura do trabalho vivo na atenção básica (Merhy et al, 2016); (Feuerwerker et al, 2016).

PMAQ contribui para o esvaziamento e burocratização de conceitos, para a valorização da aparência, da formalidade. Não é à toa o apelido comum do PMAQ nos municípios ser PMAQuiagem. Ao invés de disparar processos de educação permanente em saúde no sentido da reflexão sobre os processos de trabalho e seus efeitos, na maior parte

dos municípios o PMAQ dispara a instituição de “organizadores” do material a ser apresentado e das ordenações a serem fiscalizadas.

Tudo na atenção básica está em disputa. Ajuda pouco fabricar rótulos e checar declarações formais.

Claro que há municípios que fazem diferente, equipes avaliadoras que tentam conversar, produção de arranjos de fazer PMAQ que procuram articular-se com reflexões sobre o processo. Mas essas são valorosas linhas de fuga de um instituinte brutal, que ajuda a desmoralizar ainda mais a já tão frágil ideia de avaliação no SUS.

5. Dispositivos que são fabricados, mas não nacionalmente

Mas o que seriam dispositivos potentes, então? O que nos ajudaria na construção viva de sentidos que potencializassem a atenção básica como lugar privilegiado da atenção, capaz de potencializar a vida dos usuários?

Sem nenhuma pretensão de esgotar o tema, diria que favorecer, efetivar e acompanhar a disputa em vários planos.

Ao falar do SUS, não falar só do número de consultas, transplantes, exames etc...

Ao enfrentar a pandemia de covid19, montar estratégias que vão além da ampliação de leitos hospitalares e de UTI, ultrapassando a ideia corrente de que a única coisa a fazer é cuidar dos 5% de casos graves e aos demais, boa sorte. Fazer presente a atenção básica capilar, que pode apoiar, acompanhar, estar junto no território, promover, evitar, cuidar antes do agravamento clínico, que não é uma fatalidade (Seixas et al, no prelo).

Disputar na mídia outros modos de compreender e fazer saúde. Quase única solitária e bela iniciativa é a série Unidade Básica de Saúde, iniciativa das irmãs Petta (Petta, 2018).

Construir dispositivos vivos de articulação em rede. Organizar linhas vivas de cuidado e não ficar satisfeito com papéis e fluxos formais. Fazer valer nos hospitais e nos cuidados especializados valores como a integralidade, a continuidade do cuidado, o projeto terapêutico singular realmente construído de modo compartilhado. Fazer das residências multiprofissionais dispositivos de produção de reflexão e invenção em todos os espaços em que elas estão (Feuerwerker, Bertussi, Merhy, 2016).

Pensar num cuidado de proximidade que ponha em articulação todos os serviços que operam ali onde a vida acontece e tirar a atenção básica do isolamento. UBS, CAPS, Consultório de/na rua, equipes de atenção domiciliar e outros serviços que podem se potencializar e ampliar a capacidade de cuidado (Seixas et al, no prelo).

Fazer política de outro jeito. Gestores, trabalhadores, usuários e movimentos sociais pensando a produção da saúde no território em articulação com tudo que fizer sentido.

Disputar sentidos no cotidiano. Formar pessoas para apoiar. Milhares de pessoas para apoiar os municípios na construção da gestão. Mais milhares ainda para apoiar os trabalhadores na construção compartilhada do cuidado em todos os pontos da rede. (Bertussi, Sundfeld, Feuerwerker, 2016); (Pereira & Feuerwerker, 2019), (Caron, Feuerwerker & Passos, 2020)

Fazer educação permanente em saúde como política de construção compartilhada do SUS, produzindo espaços coletivos de reflexão, de montagem e remontagem de arranjos e processos. Construir saberes junto com trabalhadores, usuários, movimentos sociais (Feuerwerker, 2014) (EPS em Movimento, 2014).

Reconhecer que tudo está em disputa, Integralidade está em disputa, educação permanente está em disputa, território está em disputa, trabalho em equipe está em disputa, cuidado está em disputa. Até o conceito de atenção básica está em disputa.

Agora a OPAS/Brasil a partir de seminário latino-americano opera com um novo adjetivo: APS forte (OPAS, 2019). Forte para afirmar a diferença com tantas outras APS - APS cesta básica, APS atenção médica, APS gate keeper, APS...

Por isso, abrir o conceito/disputa Atenção Básica nos importa. Pétala por pétala, construídas na intensidade da vida. Igualdade num rótulo como APS, que abriga tanta tensão e disputa, que na maior parte dos países corresponde a algo tão distinto do que temos de interessante construído aqui, não nos ajuda. Ao contrário, favorece a conexão em curto-circuito com projetos privatizantes e médico-centrados, todos se declarando APS.

E o PMAQ, borrando conceitos, ajudou a legitimar metas, produtivismo, procedimento no lugar do encontro, declaração formal no lugar do processo, universitários acima dos não (afinal que tem direito de fala nas entrevistas?), EPS como capacitação, apoio como qualquer coisa. Facilitou a “transição” para a “APS” atual.

Ainda bem que a vida grita e estamos muitos na resistência, fabricando SUS e Atenção Básica lá onde o povo e os movimentos sociais estão. Muitos inclusive que estão aqui neste livro. Muitos em muitos municípios e experiências interessantes. Para mim, sem PMAQ.

## Bibliografia

Baptista, T. W. F.; Fausto, M.C.R.; Cunha, M.S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionado. *Physis*, vol.19, n. 4, p.1007-1028.

Bertussi, D. C., Sundfeld, A. C. & Feuerwerker, L. C. M. (2016). Apoio como dispositivo visto de dentro-fora: potências, invenções e desafios. In L. C. M. Feuerwerker, D. C. Bertussi, & E. E. Merhy (Orgs.). *Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde: surpreendendo o instituído nas redes.* Rio de Janeiro, RJ: Hexis, 2016, Volume 2. (pp. 380 - 391).

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasil, 2006 a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação -Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação -Geral de Apoio à Gestão Descentralizada, 2006b, 76 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasil, 2011a.

Brasil. Decreto Presidencial n.7508 para regulamentar a Lei Orgânica da Saúde (lei 8080/90) no que se refere à organização do Sistema Único de Saúde (SUS), ao Planejamento em Saúde, à Assistência em Saúde e à Articulação Interfederativa. Brasil, 2011b.

Cantillano, E.M.C. Análise crítica da conceitualização predominante sobre atenção médica primária. In: Medicina social, aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Clobal, 1983, p.181-205.

Caron, E.; Feuerwerker, L.C.M; Passos, E.H. GAM, Apoio e Cuidado em CAPS AD. POLIS E PSIQUE, v. 10, n. 2 , 2020, pp 99-121.

Cueto, M. The origins of primary health care and selective primary health care. Am J Public Health. 2004 Nov;94(11):1864-74.

Democratizingwork. Movimento internacional de pessoas e grupos que propõe que desmercantilizar e democratizar relações, trabalho etc. são movimentos fundamentais para existir no planeta sem levá-lo à destruição. Disponível em <https://democratizingwork.org/> (acessado em 29/06/2020).

Donnangelo, M.C. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

EPS em Movimento. Disponível em <http://eps.otics.org/>. Consultado em 15/06/2020.

Feuerwerker, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. In: Interface-Comunicação, Saúde, Educação, vol 19, n.18, dez 2005, pp 489-506.

Feuerwerker, L. C.M. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014, pp.63-114.

Feuerwerker, L. C. M. ; Bertussi, D.C. & Merhy, E.E. (Orgs.). Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro, RJ: Hexis, 2016, Volume 2.

Feuerwerker, L. C.M. Pensando avaliação em políticas e na gestão em saúde numa perspectiva cartográfica – construção compartilhada que favorece mudanças. In: Tanaka. O; Ribeiro, E.L.; Almeida, C.A. L. Avaliação em Saúde: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017, pp.29-36

Gomes, R. et al. Polissemia da Governança da clínica: uma revisão de literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol 20, n 8, 2015, pp. 2431-2439

Iriart, C, Merhy, EE, Waitzkin, H. La atención gerenciada em América Latina. *Transnacionalización del sector salud em el contexto de la reorma. Cad. Saúde Pública*, vol 16, n1, 2000, p- 95-105.

Furtado, L.A. C. O desafio da produção do comum nas máquinas de governo: o Estado em disputa. Tese. Doutora do em Ciências. Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2016.

Gil, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública*, 2006, vol22, n,6, pp-1171-1181.

Litsios, S. The long and difficult road to Alma Ata: a personal reflection. *International Journal of Health Services, Westport*, v.32, n.4, pp. 709-32, 2002.

Pereira, C. M. e Feuerwerker, L.C.M.. **Apoio em saúde: forças em relação.** *Rev. psicol. polít.* [online]. 2018, vol.18, n.42, pp. 379-398

Petta, H.L. Grande mídia e comunicação sobre saúde coletiva e atenção primária: análise da experiência de produção da série televisiva “Unidade Básica”. Tese de doutorado. Programa de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina da USP, 2018.

Melo, E.; Mattos, R. Gestão do Cuidado na Atenção Básica: controle ou defesa da vida? In: Mendonça, M.H. ; Matta, G.C.; Gondim, R.; Giovanella, L (orgs) *Atenção Primária à Saúde no Brasil. Conceitos, práticas e pesquisa.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. pp.95-116.

Mello, G.A., Fontanella, B.J. B. e Demarzo, M.M.P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – origens e diferenças conceituais. In: *Rev. APS*, v 12, n.2, pp. 204-213, abr/jun 2009.

Merhy, EE; Queiroz, MS. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cad Saúde Pública* 9(2): 177- 184. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n2/09.pdf>. (acessado em 30/6/2020).

Merhy, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy et al. *Agir em Saúde: um desafio para o público.* 2ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 197-227.

Merhy, E.E. et al (Orgs.). *Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde: surpreendendo o instituído nas redes.* Rio de Janeiro, RJ: Hexis, 2016, Volume 1.

Merhy, EE; Feuerwerker, L.C.M; Santos, M.L.M; Bertussi, D.C; Baduy, R. S. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e o cuidado em saúde. In: *Saúde em Debate*, v.43, n. especial 6, pp 70-83, dez 2019.

Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma Ata. In: *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.

Acessado em 06/07/2020.

Organização Pan-Americana da saúde. *Funções Essenciais de Saúde Pública – FESP.* Brasília, DF: OPAS/OMS; 2009.

Organização Pan-Americana de Saúde. Folha informativa – Atenção Primária à Saúde, 2019.. Disponível em:

[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843)

Acessado em 06/07/2020.

Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

Seixas, C.; Merhy, EE; Feuerwerker, LCM; Cruz, K.T.; Slomp Jr, H. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. 2020, No prelo.

Sociedade de Medicina de Família e Comunidade. “25 anos cuidando da Família no Brasil” Um compromisso com a Atenção Primária à Saúde para todos, 2006. ( Apud Melo et al, 2009)

TESTA, M. Atenção primária (ou primitiva?) de saúde. In: \_\_\_\_\_. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

Walsh, J.A, Warren, K.S. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. New England Journal of Medicine, Boston, v.301, n.18, p. 967-974, 1979.