

 +55 19 3289-5751

 idisa@idisa.org.br



REVISTA ELETRÔNICA

DOMINGUEIRA DA SAÚDE GILSON CARVALHO

ISSN 2525-558



[HOME](#) / [PUBICAÇÕES](#) / [DOMINGUEIRA](#) / DOMINGUEIRA Nº 06 - FEVEREIRO 2020 - EDIÇÃO ESPECIAL

Apresentação

A Revista Domingueira da Saúde é uma publicação semanal do Instituto de Direito Sanitário - IDISA em homenagem ao Gilson Carvalho, o idealizador e editor durante mais de 15 anos da Domingueira da Saúde na qual encaminhava a mais de 10 mil pessoas informações e comentários a respeito do Sistema Único de Saúde e em especial de seu funcionamento e financiamento. Com a sua morte, o IDISA, do qual ele foi fundador e se manteve filiado durante toda a sua existência, com intensa participação, passou a cuidar da Domingueira hoje com mais de 15 mil leitores e agora passa a ter o formato de uma Revista virtual. A Revista Domingueira continuará o propósito inicial de Gilson Carvalho de manter todos informados a respeito do funcionamento e financiamento e outros temas da saúde pública brasileira.

Editores Chefes

Áquилас Mendes

Francisco Funcia

Lenir Santos

Conselho Editorial

Élida Graziane Pinto

Marcia Scatolin

Nelson Rodrigues dos Santos

Thiago Lopes Cardoso campos

Valéria Alpino Bigonha Salgado

ISSN 2525-8583

Domingueira Nº 06 - Fevereiro 2020 - Edição Especial

Índice

1. NASF, porrete e bolsonarismo - por Áquiles Mendes e Leonardo Carnut

 45

NASF, porrete e bolsonarismo

Por Áquiles Mendes e Leonardo Carnut

Recentemente, não fomos surpreendidos por mais um ataque de destruição do SUS por parte do governo Bolsonaro. Trata-se de sua prática vigente, altamente já reconhecida como ultraliberal-conservadora. Isto porque, configura-se totalmente alinhada aos ditames das propostas neoseletivas para a saúde e restrita à uma cesta básica de serviços disseminadas pelo Banco Mundial há muito tempo e, particularmente, descritas em documento de 2019, “Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro”[1]. A rigor, em continuidade à sua política de destruição da concepção de um SUS universal, também desenvolvido à base do modelo multiprofissional na Atenção Básica, foi divulgada a Nota Técnica Nº 3/2020, do Departamento de Saúde da Família, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do MS que ratifica a morte do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

O NASF já tinha sido objeto de desfinanciamento quando anunciado o novo modelo de alocação dos recursos federais à Atenção Primária à Saúde (APS), intitulado ironicamente Programa Previne Brasil por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Nele, o incentivo financeiro para o NASF já tinha sido cancelado e todos os recursos que eram transferidos pelo PAB Fixo aos municípios, sendo substituídos por um componente de ‘capitação ponderada’.

Já em vigor, a partir de 2020, estabeleceu-se um financiamento direcionado à ‘pessoa’ cadastrada na Unidade de Saúde da Família, valorizando a ‘pessoa’ (indivíduo) mais pobre, identificada pela sua condição socioeconômica vulnerável. O inusitado nessa alteração da alocação dos recursos federais é que por meio de uma Portaria se abala o princípio constitucional do SUS universal, ao transferir recursos não direcionados à população geral do município e sim à uma “fatia da população”, em nome de celebrar uma nova forma de seletividade(neoseletividade), princípio chave dos arautos da noção de eficiência de mercado. Para uma crítica a toda essa forma de alocação preterida pelo MS, sugerimos acessar nosso artigo publicado na Domingueira em 2019, no auge da apresentação desse inusitado ataque ao SUS[2].

Nesse momento, com a Nota Técnica Nº 3/2020, fica explicitado um dos efeitos deletérios dessa nova forma de alocação de recursos: **o fim do NASF**. É possível fazermos essa afirmação porque, ainda que o financiamento do Nasf tenha os recursos municipais como o principal componente, o reconhecido poder histórico do MS em induzir políticas por meio do financiamento federal, quando fundado, acaba provocando o efeito esperado: estimula-se a desestruturação da política, e nesse caso, do NASF, sendo de

forma mais intensa, o término do modelo multiprofissional na Saúde da Família.

Essa medida se encaixa perfeitamente com a prática do governo Bolsonaro em destruir o SUS. Insistimos. Este evento não nos causa perplexidade, já que se trata de mais uma prática neofascista[3] que se refere à radicalização da exploração de recursos humanos através de um ‘gerencialismo atomizante’. Em outras palavras, trata-se da ação de superintensificação do trabalho individual por meio do controle da produção via técnicas administrativas que inculcam no trabalhador um autocontrole de si. Tudo leva a crer que este é o pavimento (técnico-gerencial) necessário para o avanço da privatização da gestão (via OSs) na atenção primária em todos países (já que, grande parte destes serviços no Brasil ainda se encontra sob administração pública direta[4]). Trata-se, em última instância, de preparar este nível de atenção como o novo *lócus* de acumulação de capital no sistema de saúde.

Vejamos bem o conteúdo da Nota Técnica (NT):

Com a NT, a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Desse modo, as gestões municipais cadastrarão os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe, o que promove o desincentivo à concepção de atenção multiprofissional. Esta falta de vinculação entre membros da equipe, desconfigura o trabalho e a própria educação interprofissional, voltando-se para a lógica disciplinar e fragmentada dos núcleos de formação. Reforça-se a profissão na lógica da defesa da ‘atribuição profissional exclusiva’, impedindo a construção de saberes e competências comuns que são essenciais aos processos de trabalhos cooperativos, como no caso dos: Projetos Terapêuticos Singulares, Apoio Matricial, Matriciamento, Clínica Ampliada, Educação Interprofissional, Educação Permanente, Equipes de Referência e Equipes de Apoio, Cuidado Compartilhado etc. Isto desresponsabiliza o profissional pelo trabalho conjunto e desarticula, de vez, a perspectiva ‘matricial’ no qual o NASF se assenta.

Assim, a afirmação apresentada na Portaria revela-se como um “grande porrete” na Atenção Primária do SUS: *“A partir de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde não realizará mais o credenciamento de NASF-AB, e as solicitações enviadas até o momento serão arquivadas”* (inciso 2.3). A expressão o “grande porrete” refere-se a uma metáfora que marca o estilo da diplomacia norte-americana em proteger os seus interesses econômicos na América Latina[5]. Qualquer semelhança com essa ideia interventora na Atenção Básica não é mera coincidência. Em palavras simples, encerra-se qualquer possibilidade de ampliação e qualificação do atendimento multiprofissional na Saúde da Família.

O argumento falacioso apresentado na NT (inciso 2.2) é que os gestores terão autonomia na formação de suas equipes multiprofissionais. Na realidade, a gestão municipal nunca deixou de ter autonomia para contratar os profissionais que lhe conviessem, numa composição profissional variada dos integrantes da equipe. A rigor, o incentivo do Nasf existia para estimular este fim. Ocorre aqui que com essa NT fica explicitada uma restrição objetiva de financiamento federal. Como já mencionado, ainda que os municípios respondam pela maior parte dos recursos para a contratação, a ausência do incentivo federal, pela força histórica que ele dispõe, levará a que os gestores municipais, em um cenário de restrição de recursos próprios decorrente da crise econômica passem a desestimular a sua existência.

Ainda sobre este ponto, é essencial não cair neste ‘canto da sereia’ da “autonomia”. Segundo a NT, esta desvinculação traria mais “autonomia” aos gestores, contudo, em seguida no mesmo inciso, afirma-se que isto garantirá ao gestor a liberdade (tão sonhada) em *ampliar* a composição das equipes. No entanto, não se aponta que o gestor, ‘com essa tal liberdade’, pode também realizar o inverso, ou seja, *enxugar* as equipes e que, em outras palavras, esta NT garante o respaldo normativo para isto. Ora, parece razoável pensar que na sequência histórica do (sub)desfinanciamento do SUS balizado pela crise estrutural do Capital, DRU, Lei de Responsabilidade Fiscal, Golpe de Estado[6], EC-95, PNAB 2017, Portaria nº 2.979/19 os gestores vão ampliar suas equipes, mesmo sabendo que 70% em média de uma folha de pagamento

dos serviços de saúde é com gasto de pessoal? Pensem.

Mais sutil ainda é a redação neste inciso 2.2 sobre as Equipes de Saúde da Família (EqSF). Afinal, elas não são a mesma coisa de antes, ‘*taoquel?*’[7]. Como já bem analisado por Morosini e colaboradoras (2018)8, a EqSF antes detinha uma cobertura definida de 2 mil a 3,5 mil pessoas sendo que desde a PNAB 2017 admitiu-se a flexibilização da cobertura de acordo com as especificidades do território, prevendo “outros arranjos de adscrição”. Em termos diretos: menos profissionais para maior número de pessoas no território. Em um golpe fatal, a redação final deste inciso ainda cita que o gestor pode “cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe”. Não estar vinculado a nenhuma equipe significa, sem muitos rodeios, prestar serviços de forma individualizada, ou seja, ratifica-se aqui a lógica parcelar/funcional do trabalho em saúde.

A Nota Técnica apresenta uma grande “ginástica inversa” argumentativa, de forma a explicitar sua justificativa de eliminação do incentivo. Vejamos o inusitado da redação do inciso 2.4:

“Compreendendo que o novo financiamento da APS é focado na pessoa assistida, nenhum componente desse novo modelo é exclusivo de determinado profissional ou equipe, pelo contrário, as equipes multiprofissionais são importantes para o desempenho da atenção primária do município em todos os componentes” (NT n.3/2020, grifo nosso).

Não há uma relação entre transferir recursos para a “pessoa” (mais pobre) e o caráter da composição da equipe do Nasf e se, por um lado, termina-se com o incentivo financeiro, por outro, defende-se a importância de equipes multiprofissionais – tremenda contradição.

Além disso, versar sobre o “financiamento da APS focada na pessoa assistida” já é um problema em si mesmo que já abordamos em outra análise², mas o contrassenso reside em dizer que “nenhum componente do modelo é exclusivo de determinado profissional ou equipe” quando em linhas acima afirma que a lógica de financiar é por pessoa. Incongruente é pensar que a pessoa “assistida” é capaz, por si só de demandar uma equipe. A lógica do processo de trabalho (inclusive ainda remanescente nas universidades é a lógica do trabalho clínico, portanto, individual). Isto, quando estamos falando que a pessoa “consiga ser assistida”. E quando não se consegue o atendimento, como o serviço se organiza para isso? De fato, esta afirmação ignora por completo todas as barreiras de acesso/utilização dos serviços de saúde e parte do pressuposto, mais uma vez, de que a saúde só se realiza quando ocorre o encontro entre profissional-paciente, ou termos econômicos, entre prestador-consumidor ou ainda, quando o consumo da “mercadoria-consulta” se realiza. A saúde no SUS é muito mais do que consumir consultas, e se assim o fizermos, estamos negando a própria Constituição que a admite como um direito social.

E ainda, a argumentação inusitada continua no inciso 2.4:

A melhoria dos indicadores em saúde, por exemplo, está diretamente relacionada à **capacidade resolutiva das equipes**, às ações e serviços que ofertam e aos **profissionais que as compõem**. Dessa forma, quanto **mais apropriada for a composição da equipe** para resolver os problemas de saúde da população, **melhor será o desempenho** dessa equipe, caso ela trabalhe de maneira integrada e efetiva” (NT n.3/2020, grifo nosso).

Trata-se de um verdadeiro “jogo de palavras” porque, por um lado, atribui na redação da NT que os resultados em saúde decorrem da capacidade resolutiva das equipes e de seus profissionais e, por outro lado, insiste-se que elas devem ser apropriadas para alcançarem melhor desempenho. Ora, a ideia-força que se transmite é a existência de equipes multiprofissionais, mas a enfraquece ao mesmo tempo que se elimina o incentivo federal para tanto. De forma direta, o que se defende, são as já reconhecidas palavras do governo federal: “municípios virem-se!!”.

É controverso perceber que, logo em seguida é afirmado que “equipes multiprofissionais são importantes para o desempenho da atenção primária”. Negar o papel das equipes para depois justificá-las é no mínimo irônico. Se existe alguma coerência neste trecho ela se restringe aos discursos confusos e sem racionalidade das políticas públicas em curso no governo em se apresenta[9]. Entra em cena a cansada discussão sobre o desempenho[10]. Sem defini-lo e clarificá-lo, ele só serve para abrir a possibilidade de realização de mais trabalho em um mesmo período de tempo (intensificação do trabalho) que, em uma lógica ditada pelo número, é difícil crer que as “equipes” consigam trabalhar conjuntamente em prol de um desempenho. Na realidade este desempenho coloca os trabalhadores para competirem entre si, e em decorrência, mais conflitos, mais perseguição e mais adoecimento no trabalho.

Triste notar que a figura de retórica que reconhece a “capacidade resolutiva das equipes” é minada pela afirmação de que “quanto mais apropriada for a composição da equipe para resolver os problemas de saúde da população, melhor será o desempenho dessa equipe”. A apropriação da composição da equipe é resultado de, no mínimo, um conjunto de informações epidemiológicas, sociais e econômicas de uma população em atenção. E, além disso, é determinante ao desempenho destas equipes a forma de trabalhar que integre os trabalhadores que no NASF preconizava um novo arranjo organizacional denominado Apoio Matricial. Esta forma de trabalhar é essencial, e com o disposto na NT, é difícil acreditar que ela se manterá. É pertinente ainda lembrar que a forma de trabalhar matricialmente é essencial, pois implica a necessidade de estabelecer espaços rotineiros de reuniões para pactuar e negociar o processo de trabalho: discussões de casos, definição de objetivos, critérios de prioridade, gestão dos encaminhamentos e filas de espera, critérios de avaliação dos trabalhos, resolução de conflitos etc. Portanto, isso tudo é desconsiderado na NT.

O “cinismo normativo” ainda se estende pelo inciso 2.5 da NT, à medida que se afirma que a melhoria dos resultados na Atenção Primária à Saúde, mensurada por indicadores de desempenho, deve contar com uma “atuação articulada entre as diversas categorias profissionais” promovidas pela gestão municipal. Como, então, assegurar essa “atuação” se desresponsabilizando de um financiamento compartilhado, sem participação do governo federal?

Apenas há uma menção, no inciso 2.6, que, a partir de 2021, para a alocação de recursos federais, conforme o componente do pagamento por desempenho, também instituído pelo Programa Previne Brasil (Portaria nº 2.979/2019) e, especialmente, tratado na Portaria do MS/GM nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, artigo 7, inciso 1, promete-se a existência de um indicador relacionado às ações multiprofissionais

no âmbito da atenção primária à saúde. Neste sentido, a transferência de recursos que era realizada sob o mecanismo de incentivo à uma política será substituída pela lógica de valorização de métricas por desempenho, mais adeptas à forma privada de prestação de serviços[8].

Por fim, de forma a promover o encerramento das espúrias assertivas apresentadas na NT, menciona-se, na conclusão, o “nome em vão” da Lei 141/2012 quando se refere a que “os gestores municipais e estaduais têm autonomia na aplicação dos incentivos de custeio federal referente ao financiamento”, conforme disposto nesta Lei. Na verdade, se omite aqui o aspecto central que realmente está estabelecido na Lei 141/2012. Nela, o rateio de recursos considera especialmente o critério de “necessidades de saúde” da população (e não a necessidade dos gestores), sendo estas medidas pelas dimensões demográfica, socioeconômica, epidemiológica e geográfica (art.17). O texto da lei se refere às necessidades de saúde da população como um todo e não apenas aquela pessoa cadastrada, em destaque para à mais vulnerável, como justifica o novo modelo de alocação de recursos federal que destrói a concepção universal do SUS e termina com sua lógica de modelo matricial na atenção primária, principalmente, implementada pelo Nasf desde seu início em 2008. A proposta da Lei 141 refere-se à uma lógica de repasse global, envolvendo uma alocação de recursos que contemple todos os níveis de atenção à saúde e não apenas o foco em um nível de atenção à saúde, como a primária. Desse modo, o novo modelo de alocação proposto não atende de forma plena o preconizado pela lei. E, a Nota Técnica, reforça essas distorções: uma grande perda para a integralidade da atenção e uma grande perda para o SUS.

Referências

- [1] Banco Mundial. BIRD/AID. (02 de 07 de 2019). Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro. 2019. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-doSUS.pdf>. Acesso em: 2/07/2019
- [2] Mendes, Áquiles; Carnut, Leonardo. Novo modelo de financiamento para qual atenção primária à saúde? Domingueira Nº 36 - Outubro 2019. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-36-outubro-2019>
- [3] Carnut, Leonardo; Mendes, Áquiles; Matias, Thaís Simplício. Neofascismo e formas de enfrentamento: emancipação e o aporte das ciências sociais e humanas em saúde. Mesa Redonda, organizada para o 8. Congresso Brasileiro de Ciência Sociais, Abrasco, 2019.
- [4] Miranda, Alcides Silva de. Institucionalidades jurídicas e administrativas de estabelecimentos de saúde nas regiões do Brasil. Novos Caminhos, n.16. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em: www.regiaoeredes.com.br
- [5] Mendonça, Marina Gusmão; Pires, Marcos Cordeiro. Formação Econômica da América Latina. São Paulo: LCTE, 2002.
- [6] Mendes, Áquiles; Carnut, Leonardo. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. SER Social, Brasília, v. 22, p. 9-32, 2020.
- [7] Diferença entre Talquei e Taoquei. Disponível em: <https://www.dicionarioinformal.com.br/diferenca-entre/talquei/taoquei/>
- [8] Morosini, Márcia Valéria Guimarães Cardoso et al. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.
- [9] Weintraub avaliado em concurso: ‘vago’, ‘confuso’ e sem ‘linearidade no discurso’. 2020. Disponível em: <https://epoca.globo.com/brasil/weintraub-avaliado-em-concurso-vago-confuso-sem-linearidade-no-discurso-24234609>
- [10] Carnut, Leonardo; Mendes, Áquiles. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o

subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, p. 1105-1119, 2018.

Áquiles Mendes, Professor Dr. Livre-Docente de Economia Política da Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP e do Programa de Pós-Graduação em Economia Política da PUCSP.

Leonardo Carnut, Professor Adjunto do Centro de Desenvolvimento de Ensino Superior em Saúde (Cedess) da Unifesp.