

O DESMONTE DA ATENÇÃO BÁSICA E AS REPERCUSSÕES NA PRÁTICA DA ENFERMEIRA

THE DISMANTLING OF PRIMARY HEALTH CARE AND ITS REPERCUSSIONS ON THE WORK OF NURSES

EL DESMONTE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LAS REPERCUSIONES EN LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERA

Maria Auxiliadora Córdova Christófar¹

Como citar este artigo: Christófar MAC. O desmonte da atenção básica e as repercussões na prática da enfermeira. Rev baiana enferm. 2018;32:e28529.

A experiência de articular múltiplas e distintas organizações, instituições e movimentos sociais para alinharem princípios e acordos para o projeto de um sistema único de saúde no Brasil, além de uma clara ousadia foi – e continua sendo – uma quebra significativa de paradigmas em relação ao *modo e modelo* prevalentes de fazer atenção à saúde no país.

Nesses últimos 30 anos e no contexto das lutas pela retomada do estado democrático de direito, o movimento de reforma sanitária (MRS) trouxe para a pauta da Constituinte os entrelaces da saúde nos planos político, jurídico, econômico e social, considerando os flagrantes nós críticos do modelo fragmentado e excludente de assistência à saúde – prevalente até então. A consistência e pertinência da proposta liderada pelo MRS fez inscrever na Constituição do país que “A saúde é direito de todos e dever do Estado”⁽¹⁾. Esta foi uma conquista social incomensurável que, ato contínuo, demandou outras tantas definições e operações, assim como demonstrou exigências de diferentes natureza e grandeza para o Estado, para o chamado *mercado da saúde*, para as categorias profissionais e trabalhadores da saúde e também para a sociedade em geral.

À luz do que estabelece o Art. 200 da Constituição Federal de 1988⁽¹⁾, o Sistema Único de Saúde (SUS) é regulado em todo o território nacional, contemplando as ações e os serviços executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado⁽²⁾.

A recomposição e os remanejamentos de elementos consagrados no modelo de assistência à saúde, filtrados na teia dos movimentos que se seguiram à derrocada do estado de exceção, de imediato impuseram ritmo lento e regionalmente desigual à efetivação do SUS. Prover recursos e condições para

¹ Professora Adjunto (Aposentada) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

firmar inéditas formas de organização e de operacionalização de um sistema de saúde no país, naquela conjuntura política e econômica, ficou aquém do necessário.

Definir e desencadear processos e estratégias que tornem o SUS *realidade de fato* foi, e ainda é, um constante desafio em todos os planos e âmbitos: das políticas públicas, da articulação entre os entes federativos (União, Estado, Município), da descentralização, da organização em rede. Nesse contexto, fatores vinculados ao financiamento, à municipalização, à ordenação de recursos humanos para a saúde e à participação social, de modo singular, reúnem problemas transversais ao processo. Assim, se de um lado emergem estratégias e viabilidades operacionais, por outro fazer acontecer a atenção à saúde integral, equânime e universal impõe a cada esfera de gestão da macropolítica, a cada Serviço, a cada equipe, a cada profissional o exercício de firmar pactos e acordos para *fazer valer* estratégias, recursos, processos e *modus* de tornar a atenção à saúde no Brasil realmente um dos direitos de todos e dever do Estado.

É inargüível que o acesso pleno e universal, a integridade sustentada na equidade, a organização em redes de atenção, a gestão e o financiamento compartilhados pelas três esferas de governo têm ampliado os resultados e os impactos positivos do SUS, contudo mostram, ainda, insuficiências significativas.

Nesse contexto, os serviços de atenção básica à saúde apresentam singularidades exponenciais para fazer valer o SUS. Historicamente *abandonadas*, quando se trata de investimentos de todas as ordens e natureza (área física, recursos, equipamentos e tecnologias apropriadas, composição das equipes e, por via de consequência, na capacidade e condições de atendimento e prestação de cuidados de saúde à população), as unidades e os serviços básicos ganham *status* de balizadores do avanço e da efetivação da Rede de Atenção à Saúde do SUS (RAS-SUS).

O exercício de responder, de fato e de direito, pelas atribuições do SUS em um contexto permeado por diversidades e adversidades política, social, econômica, cultural, técnica e científica impõe à atenção básica de saúde a responsabilidade de atender às necessidades e demandas de saúde da população em bases territoriais, de modo a articular a RAS-SUS. Por via de consequência, esse paradigma repercute na organização do processo de trabalho e na atuação dos diferentes profissionais que compõem a força de trabalho em saúde.

Assim, além de paradigmática como base organizacional da RAS-SUS, serviços e unidades de atenção básica à saúde configuram o cenário onde diferentes saberes e conhecimentos, por combinações dialógicas, são articulados. Desse modo, é possível assegurar a pertinência e as especificidades técnicas e atos e ações que se complementam, objetivando a qualidade do trabalho em saúde e sua organização como um sistema em rede. É nessa perspectiva que a efetivação da atenção à saúde como conjunto articulado de ações e serviços vincula-se e depende de definições de políticas públicas e não de ações pontuais, individualizadas e seletivas.

Daí que, ao ser aprovada a PEC-95 (Emenda Constitucional n. 95, de 2016)⁽³⁾ que congela os recursos destinados às políticas sociais no Brasil por 20 anos, o *refazer* a política nacional de atenção básica (PNAB) tornou-se o ponto de partida para caminhar no sentido de desobrigar o Estado de cumprir diretamente o dever constitucional em relação à saúde: o SUS vai lidar com falta de investimento e financiamento de Estado.

Com a Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, que “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)”⁽⁴⁾, estão definidas as diretrizes que facilitarão o refluxo daquilo que vinha confirmando a atenção primária à saúde como o eixo de referência da RAS-SUS. Esse refluxo – ou melhor, esse fluxo de desmonte – está explicitado na simplificação da atenção básica, traduzida, na prática, na hierarquização e individualização de atos exclusivos e procedimentos pontuais dirigidos a demandas selecionadas.

Tais diretrizes, sumarizadas em prioridades e protocolos, desarticulam estruturas e processos que vêm sendo construídos e que, se desarranjados, impactarão o cotidiano de trabalho, tanto para os que prestam o atendimento e gerenciam os serviços (os trabalhadores) como para a população que necessita e demanda da assistência de saúde.

Manejados com restrições de várias ordens e natureza, e provocados a cumprir prescrições limitadas e limitantes, os serviços de atenção básica à saúde estarão em desvantagem, podendo, inclusive, ser usados como justificativa para o mercado de *planos privados básicos*.

Se, por um lado, as diretivas emanadas desse modo de pensar-fazer atenção básica à saúde favorecem impasses e descaminhos quanto aos propósitos de concretizar saúde como direito universal e como dever de Estado, por outro, é necessário reconhecer que desafortunadamente o modo como as categorias profissionais da área da saúde definem o que denominam *exercício profissional* corrobora esse desmonte, por manterem-se, desde sempre, fatiando a atenção à saúde em *atos exclusivos*, à revelia de objetivos, finalidades e princípios do SUS e também na contramão da natureza e das características do processo de trabalho em saúde: eminentemente coletivo e com interfaces multidisciplinares, interprofissionais e multiprofissionais.

Estas considerações amplas e gerais até aqui delineadas objetivam tão somente reafirmar que, quando se pretende identificar, analisar, dimensionar ou avaliar repercussões de quaisquer normativas, programas, diretrizes e políticas no processo de trabalho em saúde e, em consequência, na atuação dos diferentes profissionais, algumas questões referidas à conjuntura são essenciais.

Na complexa e imbricada conjuntura atual, há um leque de *questões essenciais* a serem consideradas na configuração e no dimensionamento de possíveis repercussões para o trabalho e para os trabalhadores da Atenção Básica à Saúde (ABS), entre as quais são exemplos:

- Quais diretrizes orientarão a distribuição dos atuais trabalhadores da atenção básica (profissionais com formação de nível superior e de nível médio) pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) ou Equipes da Atenção Básica (EAB), considerando as diferenças em relação à carga horária, composição e distribuição de área de trabalho, como definidas na atual PNAB?
- São indissociáveis da viabilização e efetividade da atenção básica as outras diferentes equipes e respectivas atribuições: Equipe de Saúde Bucal (eSB): modalidade I e II; Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB); Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS); Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas (Equipe de Saúde da Família Ribeirinha/eSFR, Equipes de Saúde da Família Fluviais/eSFF e Equipe de Consultório na Rua/eCR). Como assegurar que o planejamento, as estratégias e atividades de desenvolvimento, monitoramento e avaliação de programa de trabalho sejam compartilhados com base em população/território/área de abrangência?

Além das questões inerentes a determinada esfera de gestão ou a um município, ou a determinado estado, cabe ressaltar que as diferentes composições e atribuições desses tipos de equipes, como define a PNAB em vigor, mantêm em pauta, como denominador comum, a necessidade de análise, crítica e propositiva, da dinâmica do trabalho e do movimento/atuação das equipes e dos diferentes profissionais na perspectiva de potencializar e viabilizar *princípios e diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica*.

No plano de cada Unidade e de cada equipe, é que repercussões para o trabalho e para os trabalhadores assumirão caráter contundente. Cada um dos elementos – carga horária, composição, distribuição de área de trabalho e atribuições comuns e específicas – é axial na identificação e avaliação de repercussões na dinâmica e no desenvolvimento do trabalho na atenção básica e, naturalmente, na atuação de cada profissional em cada Unidade e tipo de equipe.

Nesse escopo, com certeza a área da enfermagem – e nela cada segmento profissional – pode ser tomada como espelho refletor do movimento e das tendências de mudanças e dos impactos das políticas na atenção básica.

Neste breve alinhavo de considerações e observações, não há registros no país, para nenhum período, em que houve funcionamento de serviços de saúde sem a presença de profissionais da área da enfermagem. Essa premissa mantém-se, inclusive, com destaque nos diferentes tipos de equipe da PNAB. Fortemente inserida em serviços assistenciais (de promoção de condições e estado saudável de viver, de prevenção de riscos e danos e de tratamento de doenças), as trabalhadoras em enfermagem são diferentes profissionais e destacam-se por ter presença transversal à série de acontecimentos sequenciais e ininterruptos que caracterizam o trabalho assistencial em saúde. Esta singularidade é consequência inequívoca de um dos aspectos que categorizam o trabalho das diferentes profissionais de enfermagem (auxiliar em enfermagem, técnico em enfermagem e enfermeira): realizam ações, atos e atribuições comuns e específicos a cada uma das profissões e também atuam em ações e procedimentos que complementam a atuação dos demais diferentes profissionais.

Considerando, portanto, que as ações dos profissionais da área da enfermagem em serviços básicos de saúde é fato incontestado na história do país (programas de vacinação campanhista, postos de saúde, unidades básicas, entre outros); que, entre os profissionais da área da enfermagem, é a enfermeira quem coordena as ações da enfermagem; que, além das ações de enfermagem, a enfermeira frequentemente assume a gerência de Unidades Básicas de Saúde (UBS), quaisquer medidas que comprometam a efetivação da RAS-SUS, limitando ou reduzindo a capilaridade das ações dos profissionais da enfermagem, repercutirão na atuação da enfermeira.

Aqui não vale o entrelace e nem tão pouco a imprecisa sinonímia dos termos enfermagem-enfermeira. A imprecisão e a naturalização dessa falsa sinonímia facilita e legitima o oportunismo e a especulação (político, técnico, trabalhista e institucional) na formulação e indicação de bases teóricas e práticas que transvestem as relações e o valor de trabalho na e para a área de enfermagem.

Com certeza um trabalho cuja regulação impõe que um dos profissionais, sempre e em qualquer conjuntura, atue como *chefe* de outros (a área de enfermagem é um desses casos), a consequência mais comum – e de fato – é a fragilização da estrutura e da organização daquele trabalho. A esse modo de regulação, aprioristicamente autoritário e sempre descontextualizado, soma-se a histórica circunstancialidade que cria e sustenta, em cada tempo e lugar, os distintos movimentos de concentração-dispersão-valorização do trabalho de cada profissional da área da enfermagem. Tal situação é nascedouro de diferentes formas de rompimento da relação dialógica do trabalho em enfermagem e, por via de consequência, da natureza coletiva, multiprofissional e interprofissional do trabalho em saúde. Seguramente, o profissional da área da enfermagem, e porque não registrar, da área da saúde em geral, que mais se coloca ou o que mais permanece, ou aquele que mais incorpora o vaivém desse movimento, é a enfermeira.

Copio a Enfermeira Shirley Díaz Morales (conselheira nacional de saúde e presidente do Sindicato dos Enfermeiros de Sergipe):

“Não existe super profissional” [...] só é possível garantir o cuidado integral [...] a partir de “olhares multiprofissionais” [...] o modelo de atenção à saúde que ganhou vida com a Estratégia Saúde da Família (ESF) está em risco com a reforma da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) [...] “Se essa mentalidade prevalecer, o SUS vai deixar de ser universal. Ele vai ser um SUS seletivo”⁽⁵⁾.

Assim posto e concluindo, o desmonte da atenção básica repercutirá no SUS em todas as *práticas* de saúde. As repercussões na prática da enfermeira serão potencializadas por ser esta a profissional de referência (e não a chefe) da equipe de enfermagem e, pela relação dialógica vertical e horizontal desse trabalho, é também o *agente* articulador do trabalho na atenção à saúde pela complementaridade interna e externa das ações que realiza. Os desmantelos na organização da atenção básica repercutirão

no trabalho de todas as equipes, comprometendo o papel da atenção básica como rede ordenadora do fluxo da RAS-SUS, e a enfermeira poderá vir a ser um *profissional coringa*, que transita indistintamente nas variações que se imporão, inclusive pela limitação de recursos, como estabelece a Emenda Constitucional n. 95/2016⁽³⁾.

Sem autonomia ou participação na definição de critérios e indicadores que subsidiem a definição do *tipo* de equipe, população, área de abrangência e programa de trabalho, o *ethos* da prática da enfermeira estará subsumido à lógica da atenção básica seletiva, ponto de partida para a incorporação da estratégia do mercado de planos e clínicas de saúde *ditas* populares.

E daí, por onde seguir? A escolha, neste caso, não é uma saída.

Na verdade, é necessário buscar diferentes entradas para intervir e atuar em processos que viabilizem o cumprimento do que estabelece a Constituição em vigor:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação⁽²⁾.

Pela histórica presença de profissionais da área da enfermagem na atenção primária de saúde (mesmo antes de esse termo e conceito existirem), situação que se mantém na composição dos diferentes tipos de equipes definidos pela PNAB, coloca-se para a enfermeira, no plano político, social, técnico e ético, o desafio da polaridade: aceitar ser profissional “coringa” ou ser ator social como protagonista nos processos de recompor e reconfigurar os recursos, as relações e o trabalho na atenção básica de modo a *fazer valer o SUS*.

Do enfrentamento desse desafio advirão repercussões que, espelhadas na enfermeira, vincularão o pensar-fazer dos profissionais da área da enfermagem a um desses polos, firmando a identidade desse trabalho na atenção básica à saúde, referência da enfermeira como ator social ou um ser-profissional-individual.

Referências

1. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília (DF); 1988 out 5 [cited 2018 Sep 2]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
2. Brasil. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF); 1990 set [cited 2018 Aug 18]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm
3. Brasil. Câmara dos Deputados. Emenda Constitucional n. 95, de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF); 2016 [cited 2018 Sep 30]. Available from: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 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) [Internet]. Brasília (DF); 2017 [cited 2018 Jul 20]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
5. Morales SD. O momento é de resistência. Entrevista. Radis Comunic Saúde [Internet]. 2017 Dez [cited 2018 Aug 5];183:32-3. Available from: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/o-momento-e-de-resistencia>

Recebido: 31 de outubro de 2018

Aprovado: 31 de outubro de 2018

Publicado: 27 de dezembro de 2018



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.