

Cenários de práticas na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a neoseletividade induzida pelo “Programa Previne Brasil”

Escenarios de prácticas en la Atención Primaria de Salud en el Sistema Único de Salud y la neoselectividad inducida por el "Programa Previne Brasil"

Scenarios of practices in Primary Health Care in the Unified Health System and the neoselectivity induced by the "Programa Previne Brasil"

Recebido: 21 dez 2021

Revisado: 18 abr 2022

Aceito: 26 abr 2022

Autor de correspondência

Karina Magrini C. Mendes
karinamagrini@yahoo.com.br

Karina Magrini Carneiro MENDES⁽¹⁾

Leonardo CARNUT⁽²⁾

Lúcia Dias da Silva GUERRA⁽³⁾

Como citar:

Mendes KMC, Carnut L, Guerra LDS. Cenários de práticas na atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a neoseletividade induzida pelo Programa Previne Brasil. J Manag Prim Health Care. 2022;14:e002. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v14.1186>.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver nenhum interesse profissional ou pessoal que possa gerar conflito de interesses em relação a este manuscrito.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC-BY-NC). Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

⁽¹⁾ Universidade São Francisco – USF, Curso de Enfermagem. Bragança Paulista, SP, Brasil.

⁽²⁾ Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde – PPGCECS, Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior de Saúde – CEDESS. São Paulo, SP, Brasil.

⁽³⁾ Centro Universitário Anhanguera, Curso de Graduação em Nutrição. São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

O “Programa Previne Brasil”, por meio do novo modelo de alocação de recursos da Atenção Primária à Saúde, tem impactos profundos na universalidade do sistema, favorecendo a focalização e a neoseletividade, caracterizadas pela oferta de serviços públicos restritos aos estratos populacionais mais pobres, sendo um risco à sustentabilidade financeira do SUS municipal. Sob a ênfase da mensuração puramente quantitativa de pessoas, vislumbram-se implicações concretas para o SUS enquanto cenário de prática de ensino. Por isto é que este estudo visa refletir sobre os possíveis desafios dos cenários de práticas no SUS à luz da neoseletividade induzida pelo “Programa Previne Brasil” no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Do ponto de vista da modalidade textual, este artigo refere-se ao formato ensaístico como um meio de transpor fronteiras culturalmente demarcadas pelo pensamento metódico, conforme descrito por Adorno. Está dividido em seis seções que versam, brevemente, sobre os cenários de prática como elemento central das ações de integração ensino-serviço-comunidade até a agudização dos desafios já existentes no cenário induzido pelo programa. Por fim, apresentam-se os pontos mais centrais pelos quais os cenários já estão passando neste momento.

Descritores: Educação Superior; Atenção Primária à Saúde; Capacitação Profissional; Serviços de Integração Docente-Assistencial.



Resumen

El "*Programa Previne Brasil*", a través del nuevo modelo de asignación de recursos para la Atención Primaria de Salud, tiene impactos profundos en la universalidad del sistema, favoreciendo la focalización y la neo-selectividad, caracterizada por la prestación de servicios públicos restringidos a los estratos más pobres de la población, siendo un riesgo a la sostenibilidad financiera del SUS municipal. Bajo el énfasis de la medición puramente cuantitativa de personas, se pueden ver implicaciones concretas para el SUS como escenario de la práctica docente. Es por ello que este estudio tiene como objetivo reflexionar sobre los posibles desafíos de los escenarios de práctica en el SUS a la luz de la neo-selectividad inducida por el "*Programa Prevenir Brasil*" en el contexto de la atención primaria de salud. Desde el punto de vista de la modalidad textual, este artículo se refiere al formato de ensayo como una forma de traspasar fronteras culturalmente demarcadas por el pensamiento metódico como lo describe Adorno. Se divide en seis apartados que abordan brevemente los escenarios prácticos como elemento central de las acciones de integración docencia-servicio-comunidad para el agravamiento de los desafíos que ya existen en el escenario inducido por el programa. Finalmente, se presentan los puntos más centrales por los que atraviesan actualmente los escenarios.

Palabras-claves: Educación Superior; Atención Primaria de Salud; Capacitación Profesional; Servicios de Integración Docente Asistencial.

Abstract

The "*Programa Previne Brasil*", by means of the new financing model for Primary Health Care, destitutes the logic of Primary Health Care has profound impacts on the universality of the system, favoring targeting and neoselectivity, characterized by the provision of public services restricted to the strata populations, being a risk to the financial sustainability of the municipal SUS. Under the emphasis of the purely quantitative measurement of people, concrete implications for SUS as a teaching practice scenario are seen. That is why this study aims to reflect on the possible challenges of the scenarios of practices in SUS in the light of the neoselectivity induced by the "*Programa Previne Brasil*" in the scope of primary health care. From the point of view of textual modality, this article refers to the essay format as a way of crossing culturally demarcated boundaries by methodical thinking as described by Adorno. It is divided into six sections that deal briefly with the practice scenarios as a central element of the teaching-service-community integration actions to the aggravation of the challenges that already exist in the scenario induced by the program. Finally, the most central points in which the scenarios are already passing are presented.

Keywords: Education, Higher; Primary Health Care; Professional Training; Teaching Care Integration Services.

Introdu o

Do ponto de vista legal, compete à gestão do Sistema  nico de Saúde – SUS o ordenamento da forma o de recursos humanos da área da saúde, bem como o incremento na sua área de atua o e no desenvolvimento científico e tecnológico.¹ O artigo n. 27 da lei n. 8.080/90 reconhece que os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e a pesquisa, de modo a articular os interesses das Institui es de Educa o Superior com o do SUS com vistas à melhoria da qualidade do atendimento   popula o.²

Este caminho legal-normativo visa a uma mudança na forma o em saúde, de modo que os/as profissionais possam construir uma forma o generalista, humanista, crítica e reflexiva, sendo capacitados/as a atuar com base em princípios  ticos, no processo de

saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de prevenção de doenças, promoção, recuperação e reabilitação da saúde e na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de compromisso social e responsabilidade cidadã.³

Historicamente, esses/essas profissionais tiveram como cenários de prática em seus cursos de graduação, notadamente, ambientes clássicos do trabalho biomedicalizado: hospitais e clínicas. Até o início do século XX, a formação em saúde era estritamente baseada em um modelo de atenção individualizado e especializado. Isto teve uma implicação para o trabalho no SUS importante, já que esses/essas profissionais encontravam-se pouco preparados/as para atuar na coletividade para resolver os problemas de saúde dos munícipes.³

Pode-se dizer que a formação em saúde e a educação profissional não acompanharam os princípios e diretrizes do SUS, idealizados a partir da Reforma Sanitária Brasileira. Diante dessa realidade, associada à instituição da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB⁴, em 1997, iniciou-se o processo de construção e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN.⁵ Entre 2001 e 2004, no Brasil, foram aprovadas as DCNs dos cursos da saúde que norteiam a elaboração dos projetos políticos e pedagógicos das Instituições de Ensino Superior – IES.

Esse contexto, associado às políticas públicas de saúde, evidencia a necessidade de implementar mudanças nos cursos de graduação a partir de ações como, por exemplo, a ampliação dos cenários de prática para toda a rede municipal, práticas interdisciplinares e adoção de metodologias de ensino-aprendizagem que promovam um aprender com a prática.³

Por mais que este esforço venha transformando o processo de trabalho em saúde e ampliando a cobertura dos serviços de maneira a obter efeitos imediatos na qualidade das futuras gerações de profissionais de saúde das diferentes áreas nas últimas duas décadas, o cenário dessa ampliação mudou.³ Com a inflexão político-econômica vivenciada em 2016 e com o avanço do ajuste ultraneoliberal proporcionado pela Emenda Constitucional 95 (EC-95),⁶ a Atenção Primária tem sido um novo locus de seletividade dos serviços ofertados pelo “Programa Previne Brasil”, podendo, com isso, ter implicações sobre seu papel enquanto cenário de práticas de ensino.

É nesse caminho que este estudo visa refletir sobre os determinantes históricos da Integração Ensino-Serviço-Comunidade – IESC e como esse acúmulo encontra com os desafios dos cenários de prática no SUS à luz da neoseletividade induzida pelo Programa Previne Brasil no âmbito da Atenção Primária à Saúde – APS. Para isso, optou-se pela modalidade textual do tipo ensaio, devido à possibilidade de a orientação ser dada, não pela busca das respostas e afirmações verdadeiras, mas pelas perguntas que possam orientar

reflexões mais profundas.⁷ Por isto, inspirou-se em Adorno,⁸ o qual defende que o ensaio é um momento de escrita que favorece a ultrapassagem de fronteiras culturalmente demarcadas, dificilmente transgredidas, quando do uso de métodos de cunho positivista.

Assim, o texto foi dividido em seis seções, que, longe de esgotarem o tema, trazem consigo argumentos para refletir e ponderar sobre a dimensão dos cenários de prática no âmbito da integração ensino-serviço, sua gênese, seu percurso histórico nacional e internacionalmente, suas potencialidades e dificuldades e como a neoseletividade induzida pelo Programa Previne Brasil apresenta grande potencial em somar-se como mais uma dificuldade decorrente dessa integração entre universidades, serviços, gestores e comunidades e que deverá ser enfrentada por essas instâncias.

O cenário de prática no serviço como dimensão da Integração Ensino-Serviço-Comunidade

A IESC é entendida como trabalho coletivo, pactuado e integrado de discentes e docentes de cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação, na área da saúde e outros cursos de interesse, com trabalhadores/as que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os/as gestores/as e a participação do controle social, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, a qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento e satisfação dos/as trabalhadores/as dos serviços, cumprindo um dos objetivos do SUS, que é aprimorar continuamente a formação e a gestão do trabalho em saúde.⁹

A IESC é um dos pilares para a transformação, no processo formativo, das práticas pedagógicas e de saúde, que só serão possíveis mediante a articulação entre a gestão do sistema de saúde e as instituições formadoras. É iminente e necessária a adequação da formação para que os/as profissionais atendam aos interesses da sociedade, considerando seus determinantes sociais e de saúde, assim como no enfrentamento de problemas epidemiológicos e, ainda, relativos à organização da gestão dos serviços para que possam estruturar a rede de cuidados de maneira universal.¹⁰

A inserção dos/as alunos/as nos cenários de prática do SUS permite vivenciar a realidade do trabalho e desenvolver um olhar reflexivo para o coletivo, desmistificando a atuação nos serviços universitários especializados, como clínicas e ambulatórios das instituições de ensino como espaços “controlados” e de “excelência” pedagógica. Mais do que perseguir o foco centrado na assistência individual e na doença, deseja-se construir o cuidado integral, interprofissional e em rede de atenção, que só os cenários no SUS oferecem. Mais do que um mero arranjo poliárquico entre diferentes serviços, os/as

alunos/as devem aprender que os padrões de cooperação e interdependência são essenciais¹¹ e devem ser exercitados/as como uma das principais competências comuns dos/as profissionais de saúde no século XXI.

É no cenário da prática nos sistemas de saúde que se tem o espaço privilegiado para o/a aluno/a em formação e para o/a profissional, como modalidade da educação permanente em praticar a interprofissionalidade, já que este ato em equipe gera reflexão sobre as possibilidades da prática do cuidado e do trabalho conjunto,¹² muitas vezes não oportunizado pelos “espaços protegidos” das clínicas ou hospitais-escolas dos *campi* universitários. Por exemplo, Cabral *et al.*¹³ afirmam que os/as estudantes que experimentam essa integração tornam-se promotores de saúde, profissionais generalistas, capazes de se adaptar ao ambiente, atender às demandas da população, atuando na prevenção de doenças e promoção da saúde.

Especialmente a adaptação ao ambiente é uma das características que o cenário de práticas oferece como enriquecedor da experiência profissional advinda da ação. É neste ponto que se considera que o cenário expressa sua maior contribuição educativa já que, como dito por Freire,¹⁴ a ação educativa mais poderosa é a do encontro sistemático entre prática e teoria, criando-a e recriando-a por meio da ação-reflexão-ação sobre o cotidiano. Nessa direção, a integração da prática (advinda da experiência sistemática) e da teoria (que reinforma a prática concreta) determina a práxis, como possibilidade transformadora da realidade.¹⁴

É neste sentido que a centralidade da prática do profissional de saúde foi sendo problematizada e modificando seu lócus ao longo do tempo. Desde a gênese do debate sobre o “lugar de prática” dos profissionais de saúde, até os dias atuais, muito se avançou, contudo, é importante reconhecer os antecedentes genéticos deste debate para que, adiante, perceba-se o que há de retrocesso do que se vive nos dias atuais.

A gênese do “lugar da prática” dos/as profissionais de saúde: ontem e hoje

A prática dos/as profissionais de saúde é um tema de importância central desde sempre. Primeiramente problematizado pelo ensino médico, a preocupação com a formação dos/as profissionais da saúde teve seu momento inicial em 1910, com o projeto de avaliação do ensino médico nos Estados Unidos da América, desenvolvido por Abraham Flexner,¹⁵ por meio da publicação do estudo “*Medical Education in the United States and Canada*”, onde se evidenciava que o cenário da prática era o hospital como ambiente de excelência que permitia o acesso a uma multiplicidade de casos.

O que o relatório Flexner¹⁵ propôs foi a reconstrução do modelo de ensino médico, embasado em métodos que hoje parecem triviais: as escolas de formação em saúde devem

estar ancoradas por universidade e os programas educacionais devem ter uma base científica. Segundo Flexner,¹⁵ o estudo da Medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta.¹⁵ A doença, então considerada um processo biológico, portanto, natural, requer intervenção em seu curso. O social, o coletivo, o público e a comunidade eram dispensáveis para o ensino médico e não eram considerados implicados no processo de saúde-doença.¹⁵

A centralidade do cenário de prática no âmbito hospitalar provocou uma institucionalização importante da Medicina científica da época, em especial no espaço da organização pública da prestação de serviços, porém o caráter segmentado e parcelar da prática médica provocado por sua **hospitalização** gerou profundas marcas na concepção do que se considera como “qualidade no ensino de Medicina”. Recomendou-se, naquele período, que o melhor ensino da prática médica era aquele centrado em cenários médico-centrados, hospitalares e pela experiência prática sem ter sido alvo de reflexões (método de tentativa e erro) e do contato com vários **casos clínicos**. O hospital, sem dúvida, configurava-se como espaço da excelência profissional.¹⁶

Se **ontem** (à sua época), o modelo de ensino flexneriano respondia aos anseios da prática médica, hoje, as recomendações flexnerianas soam um tanto desconexas com a realidade atual. Mesmo não sendo possível prescindir do âmbito hospitalar, é reconhecido que esse modelo de formação profissional é incapaz de suprir as necessidades dos sistemas de saúde consubstanciadas em atenção primária e em uma perspectiva integral.¹⁷ O maior acesso às informações em saúde e a conscientização das pessoas alteraram as expectativas e exigências da população quanto às condições de oferta dos serviços, assim como a mudança do perfil epidemiológico, com predomínio das doenças crônico-degenerativas, exigiu um reordenamento das ações e estratégias de saúde, que possibilitem o cuidado integral, por meio da atuação multi(inter)profissional e da instituição das redes de atenção à saúde.¹¹

Atualmente, não basta o conhecimento técnico-científico, teórico, é necessário que o/a profissional desenvolva competências e habilidades que propiciem a prática da saúde coletiva que o ambiente hospitalar não oferece. Aspectos como entendimento e a participação na construção das políticas públicas e na organização dos serviços de saúde, por exemplo, são algumas dessas competências. As modificações do modelo de atenção à saúde provocam grande impacto sobre as estratégias de ensino-aprendizagem nos processos de produção, desenvolvimento e distribuição do conhecimento, e, claro, nos cenários que oportunizam tais aprendizados.¹⁵

Em que pese que os cuidados primários foram instituídos de modo muito singular no Brasil, conformando o primeiro nível de atenção do ponto de vista de ações e serviços e

nomeado como Atenção Básica – AB, o processo de readaptação dessa nomenclatura para APS é o nosso foco neste artigo, por se referir à nomenclatura adotada após o golpe de 2016.

A APS apresenta-se como espaço privilegiado de inserção do ensino em saúde, pois proporciona a visão e a prática pertinentes à atenção integral à saúde, considerando seus determinantes biopsicossociais, ações de prevenção de agravos, de promoção da saúde, curativas e de reabilitação, de modo interprofissional, a partir do trabalho em rede e integrado dos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde. Trata-se de uma estratégia que promove o aprendizado vinculado às necessidades reais de saúde da comunidade, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS em busca da sua efetivação. Nesse sentido, a IESC apresenta-se como estratégia potencial e efetiva.

Breve história da integração ensino-serviço-comunidade no Brasil

Em resgate histórico da integração ensino-serviço, observa-se que, desde a criação dos primeiros cursos de graduação na área da saúde no Brasil, os serviços de saúde configuram-se como locais de ensino e de práticas para os/as futuros/as profissionais. No entanto essa discussão tornou-se mais efetiva na década de 1970, quando o Ministério do Trabalho e a Previdência Social enfatizaram a importância dos cenários de estudo para a formação de profissionais para atuar na atenção à saúde, visando ao equilíbrio entre a qualidade e a quantidade dos/as profissionais.¹⁸

Desde sua criação, por meio da lei n. 8.080,¹⁹ de 1990, o SUS traz elementos no sentido de fazer avançar o debate sobre a intrínseca associação entre as estruturas de formação e as de incorporação dos/as profissionais no mundo do trabalho, passando a ser ordenador da formação profissional. Tal marco legal desencadeia, na prática, uma série de iniciativas para mudanças no ensino, de modo a contribuir para que o SUS fomente a integralidade do cuidado e o trabalho interprofissional.²⁰

Isso exige, além de investimentos no aperfeiçoamento dos/as profissionais, uma estrutura acadêmica apoiada em relações de parceria da universidade com os diversos setores da sociedade civil. O desafio é reconhecer a integração ensino-serviço como alicerce da construção de um novo modo de ensinar, aprender e fazer, efetivo para todos os sujeitos envolvidos: docentes, discentes, gestores/as das IES e do SUS, profissionais e população.²¹

A aproximação entre o Ministério da Educação – MEC e o Ministério da Saúde – MS, nas três últimas décadas, marcou a cooperação interministerial para a formação e o desenvolvimento dos/as profissionais da saúde por via de programas e estratégias que citaremos brevemente a seguir.

Projeto de Integração Docente-Assistencial – IDA

Segundo Rodrigues,²² a origem conceitual da integração docente-assistencial está estreitamente ligada à difusão da Medicina comunitária. Para superar as fragilidades da formação e atender às necessidades de transformação dos modelos de atenção à saúde, explicitados durante o período da Reforma Sanitária, em meados da década de 1970, foi proposta a Integração Docente-Assistencial – IDA, desencadeando iniciativas de reformulação do sistema de saúde e dos currículos universitários.¹⁸

A IDA foi apresentada como uma proposta de planejamento de saúde e educação para ajustar necessidades sociais e tecnológicas, sendo definida pelo MEC como:

União de esforços em um processo de crescente articulação entre Instituições de Educação e de Serviços de Saúde adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação de recursos humanos necessários, em um determinado contexto de prática de serviços de saúde e de ensino.^{23, p. 16}

Portanto, segundo esse conceito, o programa previa a participação da comunidade, com o objetivo do desenvolvimento de atividades acadêmicas e dos serviços orientadas para as necessidades da população, implicando a redefinição do sistema formador e do prestador de serviços com uma postura crítica sobre a realidade.²⁴

Rodrigues²² apresenta também a perspectiva das instituições de ensino sobre o programa, com o propósito de desonerar as escolas que detinham recursos e instalações – laboratórios, hospitais e unidades de saúde – próprios, duplicando gastos e limitando a capacidade de expansão do ensino. A IDA seria, portanto, também um elemento de racionalidade requerida para diminuir os custos de ensino da área de saúde e dar um papel mais aplicado à escola. A integração serviço-ensino é, na proposta original, uma proposta eminentemente racionalizadora de custos, e, claro, propulsora de extensão da cobertura às populações.

Projeto UNI e Rede Unida

No início da década de 1990, com o avanço do SUS, surgiram várias iniciativas para buscar um novo modelo científico biomédico e social que tivesse por finalidade fundamental e projetar um novo paradigma educativo em função do indivíduo e da sociedade.²⁵

Financiado pela Fundação Kellogg, o “Projeto UNI – Uma nova iniciativa na educação de profissionais de saúde – União com a comunidade” (1991–1997) – objetivava contribuir para a formação dos/as profissionais de saúde. Ele nasceu já com o acúmulo teórico e metodológico do projeto IDA e foi desenvolvido em 23 projetos, em 11 países da América

Latina, dos quais, seis no Brasil: Marília e Botucatu (São Paulo), Brasília (Distrito Federal), Londrina (Paraná), Natal (RN) e Salvador (BA).²⁶

Em 1996, o Projeto UNI passou a integrar e construir uma nova identidade da Rede IDA, que passou a se chamar Rede UNI-IDA.²⁶ Em 1998, a Rede UNI-IDA passou a ser denominada Rede UNIDA, expressando a compreensão de que era necessário ultrapassar o espaço de uma profissão, de um departamento, instituindo o multiprofissionalismo, dando lugar aos/às usuários/as e ampliando a interação com o sistema de saúde.

Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) foi criado em 2005, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, do MS, em parceria com a Secretaria de Educação Superior – SESu, MEC. Contemplando, inicialmente, cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, o Pró-Saúde foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da saúde em 2007.²⁷

Com a proposta de envolvimento recíproco entre instituições de ensino e serviços de saúde, o Pró-Saúde propõe-se a planejar e desenvolver práticas de saúde articuladas e coerentes com a realidade local, atendendo às diretrizes do SUS e da formação de profissionais orientados/as para atuar nesse sistema. Para isso, envolve educadores/as e educandos/as de uma IES e profissionais atuantes nos serviços de saúde locais, considerando a interação ensino-serviço como elemento fundamental para o desenvolvimento de estratégias que superem os desafios organizacionais da formação profissional²⁸ de acordo com as DCN e em consonância com o Relatório para a UNESCO.³⁰

Segundo Vendruscolo,^{28,29} o programa parte da perspectiva de que a reorientação da formação acontece, simultaneamente, em diferentes eixos (orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica), cada um com três vetores específicos e uma “imagem objetivo” (situação desejável). Os eixos não contêm uma regra de padronização, mas um exemplo que refere a necessidade de contemplá-los como elementos estruturantes da mudança, com vistas à integração entre IES e serviços de saúde.

A inserção do/a aluno/a no cenário real de prática por meio da solução de problemas, a experiência da assistência e a responsabilização como agente de cuidado, considerando-se seu grau de autonomia, nos diversos campos de prática, proporcionam ao/à estudante o desenvolvimento de competências, habilidades e a produção de conhecimento significativo e orientado às necessidades do SUS, sendo o/a professor um/a facilitador/a e orientador/a desse processo.

O Programa também pode contribuir para a qualificação dos serviços, com base na Educação Permanente em Saúde (EPS) dos/as profissionais e na produção científica

decorrente da instituição de práticas educacionais coerentes com o desenvolvimento de um perfil profissional sintonizado com os desafios do trabalho no SUS.²⁹

Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET Saúde

O PET Saúde foi instituído em 2008 através da Portaria Interministerial MS/MEC n. 1.802/2008,³⁰ com o objetivo de ampliar, promover, articular e apoiar ações e atividades de formação, voltadas às mudanças das graduações na saúde e a integração ensino-serviço-comunidade articuladas à educação permanente. O Programa tem como pressuposto a educação pelo trabalho e pretende ainda promover e qualificar a integração ensino-serviço-comunidade, envolvendo docentes, estudantes de graduação e profissionais de saúde para o desenvolvimento de atividades na rede pública de saúde, de modo que as necessidades dos serviços sejam fonte de produção de conhecimento e pesquisa em temas e áreas estratégicas do SUS.³⁰

O monitoramento e avaliação do Pró-Saúde e a identificação dos avanços e desafios ainda por ser enfrentados conduziram à criação do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), que teve o objetivo geral coincidente com o Pró-Saúde, mas lançou mão de estratégias complementares, focadas no eixo dos cenários de prática e no processo de ensino-aprendizagem que se dá na rede de serviços em uma relação que envolve o/a docente, o/a estudante, a equipe de saúde do serviço e os/as usuários/as do SUS.³¹

COAPES e Parecer Técnico n. 300/2017

O Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde – COAPES foi instituído por meio da Portaria Interministerial n. 1.127 de 04 de agosto de 2015, como dispositivo da Política Nacional de Educação Permanente – PNEPS, com o escopo de facilitar os processos de negociação e tomada de decisão que envolvam ações de integração ensino-serviço-comunidade.

A contratualização do COAPES pretende garantir a efetivação dos compromissos da educação com a melhoria dos indicadores de saúde e qualificação dos/as trabalhadores/as, e o acesso dos/as integrantes do Ensino Superior aos estabelecimentos de saúde, fortalecendo a IESC, por meio da articulação de todos os atores para discutirem e pactuarem, juntos, a organização dos cenários de prática de determinada região ou município, assumindo assim responsabilidades mútuas e colaborativas que respeitem e valorizem os princípios do SUS.³²

Essa aproximação objetiva impulsionar a articulação ensino-serviço-comunidade, melhorar a assistência, a gestão e a formação em saúde, fortalecendo assim tais políticas

públicas, com vistas à satisfação do/a usuário/a e em consonância com princípios e diretrizes do sistema de saúde.

Considerando as competências e habilidades necessárias para a formação dos profissionais de saúde, os artigos constitucionais presentes na Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990,¹⁹ que versam sobre a articulação com os órgãos educacionais, de fiscalização do exercício profissional, e entidades de ensino, sobre a organização de um sistema de formação de recursos humanos para a saúde, em todos os níveis de graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal, para a formação no SUS e para o SUS, o Conselho Nacional de Saúde – CNS emitiu a Resolução n. 569 em 08 de dezembro de 2017, que reafirma a prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos/as trabalhadores/as da saúde e aprova, em seu artigo 2º, o Parecer Técnico n. 300/2017, que apresenta princípios gerais a serem incorporados nas DCN de todos os cursos da área de graduação da área da saúde, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas, e que deverão compor o perfil dos/as egressos/as desses cursos.³³

Segundo o Parecer Técnico n. 300/2017:

A formação no/para o SUS deve ser pautada pelas necessidades de saúde das pessoas e pela integralidade da atenção. Para tanto, requer uma formação interprofissional, humanista, técnica e de ordem prática presencial. Além disso, é fundamental que as DCN retratem a forma como a produção social da saúde está colocada e ressaltem que os trabalhadores da área estão inseridos nesse processo como agentes transformadores da sociedade, visando garantir saúde plena para a população.^{33, p. 9}

As dificuldades já existentes nos cenários de prática na IESC na Atenção Primária

A integração ensino-serviço promove a troca de saberes e favorece a busca de atualização profissional, para as quais, o cenário de prática no SUS é o elemento central. Enquanto o/a docente contribui na identificação de problemas da assistência e propõe estratégias de superação, o/a profissional da assistência exerce importante papel no fornecimento de informações sobre a realidade em que atua.²³ É nesse espectro de dimensões do processo de integração em que se estreitam as relações entre docentes, alunos/as e trabalhadores/as de saúde.³⁴⁻³⁶

Apesar de todas as possibilidades existentes, é inquietante perceber que a formação em saúde tem uma inserção nesses serviços caracterizada por um relativo distanciamento, um tratamento de certa forma cerimonioso entre os envolvidos, em que as críticas que tenham ao outro não encontram canais adequados de expressão. Dessa forma, sem o diálogo esperado, limitam-se às possibilidades de um fazer diferenciado, que assuma

concepções acerca do cuidado, dos processos e organização do trabalho, da gestão e da escuta do/ usuário/a.³⁷

Deparamos com muitos conflitos decorrentes de problemas e dificuldades na interseção desses dois mundos. Há queixas que dizem respeito, muitas vezes, ao fato de a universidade estar no serviço sem levar em consideração os/as trabalhadores/as, ou, ainda, que não há participação do/a profissional do serviço, a não ser na supervisão do/a estudante, feita em alguns casos de modo assistemático e solitário, sem uma discussão ou presença mais efetiva do/a docente. Por outro lado, há críticas à diferença marcante entre a lógica da organização dos serviços, muito centrada na produtividade de seus procedimentos técnico-operativos, e a lógica do ensino, muito centrada na produção de seus conhecimentos teóricos e metodológicos dos campos pedagógicos e núcleos específicos.³⁷

A interlocução entre a formação e a atenção à saúde é capaz de oferecer mutuamente inúmeras possibilidades de saber-fazer e saber-ser, sobretudo, na integração. Contudo, para a efetivação dessas ideias, torna-se necessária a criação de espaços de diálogo entre academia, serviços e comunidade, para fortalecer o papel de cada um na reorientação da formação e na reorganização da atenção à saúde.

Esse resultado depende de movimentos intencionais do/a gestor/a municipal na articulação, por meio de relações horizontais, entre os serviços de saúde, as instituições de ensino, estudantes e comunidade. Observa-se que o modelo de gestão, em especial em nível municipal interfere diretamente nas ações de integração, o modo como é concebida e organizada pode reduzir os cenários de prática a meros fornecedores de usuários/as e/ou locatários/as de espaço. A desmedida supervalorização do ambiente hospitalar, em detrimento dos demais níveis de atenção à saúde, que reforça o modelo biomédico, deve ser enfrentada por todos que compõem o quadrilátero da IESC, induzindo-os à inserção da academia em ambientes pouco valorizados, mas com muita potência de transformação.

Mesmo assim, vem se observando a falta de priorização da IESC pela gestão e organização dos cenários de prática pouco tradicionais, além dos conflitos existentes nas relações de poder dos distintos atores e predominância de interesses hegemônicos políticos e das instituições formadoras. A academia parece visualizar o serviço de saúde como um local de prática para o/a estudante, com pouco vislumbre da transformação dos processos de atenção à saúde.¹⁸

As instâncias gestoras mobilizam a integração ensino-serviço ao serem reconhecidas como espaços dialógicos de tomada de decisão. O conflito está presente, como acontece em todos os espaços coletivos de gestão, e nesse caso, ele tem a ver com a dialética do saber e do fazer, cujas entidades representantes são, respectivamente, a universidade e o serviço de saúde. Vale lembrar que, nesses processos, o fundamental é saber conviver e lidar

com os conflitos, por meio de ferramentas de gestão que possibilitem transformar relações de poder em interações mais horizontais e mais flexíveis.²⁸

Na literatura pertinente à saúde, são abordadas as dificuldades entre academia e serviços no que tange à pactuação com cenários de práticas (inclusive fora do âmbito clínico), ausência de carga horária docente para as atividades de articulação,³⁸ práticas em saúde nas unidades locais ainda pouco atrativas,³⁹ pouca aproximação dos/as gestores/profissionais de saúde responsáveis pela articulação ensino-serviço com o projeto político-pedagógico da instituição formadora,⁴⁰ formação pedagógica dos/as preceptores/as ainda incipiente,⁴¹ carga horária curricular insuficiente para as atividades de IESC nos currículos.

O cenário de prática na Atenção Primária: desfinanciamento e neoseletividade induzida

O direito à saúde é defendido na Constituição Federal de 1988, cujo artigo 196 dispõe que: "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 a promoção, proteção e recuperação".¹⁹

Sendo a saúde um direito fundamental que não pode ser subtraído, dentro do limite da realidade, o Estado está obrigado a promover a saúde na maior medida possível. Nesse sentido, os poderes públicos devem realizar todos os esforços para efetivar esse direito, pois sua concretude só ocorrerá quando tudo aquilo que for fático e juridicamente possível seja feito.⁴²

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, com objetivo de reorientar o modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. A portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica, considera os termos Atenção Básica – AB e Atenção Primária à Saúde – APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes dessa política, segundo ela, em seu artigo 2º.⁴³

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.^{43, tela 2}

Mesmo com dificuldades e lacunas, foram as políticas direcionadas para o fortalecimento da APS no Brasil que mais favoreceram a implantação dos princípios e diretrizes do SUS.⁴⁴

A questão da seletividade no contexto das políticas, da gestão e da administração pública, pode ser pensada dentro da estrutura do Estado capitalista classista, definida como uma forma institucionalizada de poder público, decorrente de relações sociais, respaldada por anteparos jurídicos legais e relacionada com a produção material, cujo conteúdo é a acumulação privada.⁴⁵ A partir das políticas públicas, o Estado capitalista viabiliza, regulamenta e estabelece uma complementaridade funcional entre o sistema de instituições políticas e o sistema econômico.⁴⁶ Ainda que levemos em consideração diferentes momentos históricos, a privatização da produção, a dependência de impostos, a acumulação e a legitimação são elementos definidores dos Estados capitalistas.⁴⁷ Cada um desses quatro elementos definidores visa dar ao Estado capitalista a função de criar e sustentar as condições da acumulação privada do capital e, ao mesmo tempo, negar sua natureza de classe, apresentando-se como guardião dos interesses comuns e gerais da sociedade⁴⁵. Entretanto, como pontua Jon Elster,⁴⁷ os interesses das classes dominantes no Estado capitalista servem como limites e não como objetivos para a ação do Estado.

Para a idealização, regulamentação, operacionalização e concretização de políticas públicas na área da saúde, educação, habitação, assistência social, segurança pública, cultura, entre outras, é imprescindível que pautas sejam consideradas e discutidas pelas instituições que compõem a estrutura dos Estados. A discussão sobre as decisões que impactam na organização e funcionamento dos Estados capitalistas nos leva para o campo das teorias de seletividades do aparato estatal e sua consequente atuação por meio das políticas públicas e intervenções estatais que contribuem para a manutenção dos processos de acumulação capitalista e para a realização de ações que legitimam as políticas realizadas.

Offe⁴⁶ conceituou a seletividade como sendo o desempenho das instituições políticas no processo decisório de políticas públicas, agindo como um sistema de filtros, de modo a incluir ou a excluir de suas agendas atos concretos por injunções estruturais, ideológicas, processuais e repressivas. A seletividade das instituições públicas nos níveis estrutural, ideológico, processual e repressivo vai definir o que de fato se transformará em intervenções estatais na forma de políticas públicas, alocativas e produtivas.⁴⁵

Boschetti,⁴⁸ em um estudo que discute a seletividade e a focalização das políticas de assistência social no Brasil, afirma que a seletividade se rege pela intenção de eleger, selecionar, optar, definir quem deve ser incluso pelas políticas públicas. Ainda de acordo com a autora, a seletividade esgota-se em si mesma, em seus critérios de "menor elegibilidade" e conforma-se com a redução e a residualidade nos atendimentos. Neste

estudo, Boschetti faz uma distinção entre seletividade das políticas públicas e o estabelecimento de prioridades que devem ter como objetivo definir quais são as situações e quem são os/as usuários/as prioritários/as num universo claramente demarcado de metas a serem atingidas.⁴⁸

Buscando entender aspectos referentes à questão da influência que o Estado sofre pelas classes dominantes da sociedade, Claus Offe trabalhou com uma série de análises que procuravam responder tal questão.⁴⁶ O autor analisou e criticou duas correntes existentes à época, a “teoria das influências” e a “teoria dos fatores limitantes”. As teorias da influência são aquelas que encaram o Estado capitalista como sendo um instrumento das classes dominantes, servindo como suporte institucional no processo de valorização dos interesses dos capitalistas. Já as teorias dos fatores limitativos consideram não ser possível que as instituições políticas possam tornar-se instrumento de influência de interesses não capitalistas. Para Offe, essas duas análises acabam não sendo eficientes para demonstrar o verdadeiro caráter de classes do Estado, uma vez que procuram explicar tais fenômenos apenas considerando os fatores externos e esquecem as motivações internas do próprio Estado.⁴⁶

A partir de críticas e análises realizadas, Offe desenvolveu uma teoria sobre a seletividade das políticas públicas, a qual pressupõe um sistema de regulamentação seletiva que implica, por parte do Estado, escolhas e exclusões, cujos critérios fundamentam-se em duas premissas básicas: (1) favorecer a articulação global dos interesses capitalistas de modo a viabilizar o processo global de acumulação, distanciando-se de interesses individuais e de grupos; e (2) defender os interesses das classes dominantes contra ameaças anticapitalistas que ponham em risco o processo de valorização do capital e sua acumulação, afastando da agenda decisória das políticas governamentais tudo que possa ameaçar e prejudicar a estabilidade do sistema.⁴⁶ Rodrigues⁴⁵ avalia que, nessas condições, a seletividade não resulta de uma restrição aleatória dentro de um espaço de possibilidades.⁴⁵ Segundo o autor, existem regras de fato institucionalizadas que rejeitam sistematicamente certos eventos que, pelo fato de não se concretizarem, são tidos como “não acontecimentos”, sendo igualmente necessário investigar a mobilização de atores (indivíduos e grupos) responsáveis pela não tematização de certos problemas nas agendas decisórias.⁴⁵

Seibel⁴⁹ discute o conceito offeano de seletividade, considerando as transformações mundiais em decorrência do processo de globalização financeira que alterou os elementos estruturais que orientavam a compreensão e a prática da seletividade no âmbito da Administração Pública. Um primeiro pressuposto discutido por esse autor diz respeito à origem do debate que levou o autor Claus Offe a desenvolver o conceito de seletividade, isto é, o debate em torno do caráter de classe do Estado proposto pelo autor. Apesar de

não retomar esta questão, Seibel⁴⁹ reforça sua importância, considerando novas formas de seletividade produzidas a partir desse debate. O autor sugere alguns eixos que passam a ter relevância no processo de globalização financeira nas duas últimas décadas que reorientaram a prática seletiva das ações públicas e que nos indicam a redefinição do conceito de seletividade. De acordo com Seibel:⁴⁹ (a) no contexto globalizado, os Estados Nacionais passam a sofrer maior influência de pressões das agências internacionais como o Fundo Monetário Internacional – FMI, Banco Mundial – BM e Organização das Nações Unidas – ONU, reduzindo o papel dos Estados nas decisões e na gestão das políticas públicas; (b) ao Estado fica reservado o papel de regulador de funções de proteção e bem-estar, outrora governamentais, agora operadas pelo mercado. O Estado mantém e amplia a condição de gestor das funções de coerção e repressão (justiça, legislação e repressão); (c) o mercado passa a ser o principal fornecedor de serviços de proteção social e, portanto, explicitamente seletivo a partir de critérios muito claros de propriedade, renda e salário. A gestão das funções governamentais, isto é, da administração pública, orientada eticamente a partir de valores formulados historicamente por movimentos políticos e sociais, agora é inserida numa posição secundária, deslocada por valores oriundos da lógica do mercado; e (d) ocorre uma alteração no perfil dos segmentos sociais demandantes de políticas sociais, considerando principalmente uma forte alteração nos padrões de pobreza (a pobreza como fruto de baixos níveis salariais e não necessariamente provocada pelos níveis de desemprego), na mobilidade social (migração); na estrutura familiar (monoparental feminina); no aumento do mercado informal com a ampliação da superexploração do trabalho feminino e do aumento do trabalho infantil.⁴⁹

As práticas seletivas correspondem a realidades históricas e políticas que nos remetem à questão das relações de classe e às formas de dominação. Essas formas de dominação se expressam como **matrizes de poder** ou **matrizes de seletividades**. Ao mesmo tempo, essas matrizes de poder organizam suas práticas seletivas no espaço circunscrito por instituições (espaço de decisões), que são dinamizados por uma cultura político-administrativa (tecnocrática ou patrimonial, e.g.) esta cultura se materializa, portanto, numa prática de seletividades.⁴⁹

Em relação à saúde, apesar de ser um direito universal, na prática, observamos que certas frações da classe trabalhadora mais pauperizada se utilizam do sistema privado, destacando-se os planos de saúde com preços mais acessíveis, por exemplo. Ainda assim, isso não significa que houve uma renúncia ao direito constitucionalmente assegurado; pelo contrário, essas frações gozam do direito universal, seja por viverem em áreas adstritas à APS (ao pensarmos em uma assistência direta potencial), seja pelo acesso às visitas domiciliares ou a trabalhos comunitários intersetoriais desenvolvidos pela equipe (atenção

à saúde em geral). Assim, o princípio da universalidade consiste em promover indistintamente o acesso (seja à assistência ou à atenção em geral), às ações que devem contemplar as necessidades individuais e coletivas, bem como ações reparadoras e preventivas, no âmbito do SUS. Porém se observa que a seletividade na condução das políticas públicas de saúde restringe significativamente o acesso a todos esses tipos de ações, resultado, em grande medida, do processo de subfinanciamento crescente intensificado após a Emenda Complementar-95, ao congelar o gasto público em saúde por 20 anos, desfinanciando a manutenção de um sistema de saúde universal.⁵⁰

Nesse contexto, a APS vem sendo alvo de um conjunto de mudanças que, em sinergia, apresenta grande potencial de alteração de alguns pilares que vinham favorecendo a estabilidade institucional e o alcance de bons resultados sanitários, sobretudo, via Estratégia Saúde da Família – ESF. As alterações na Política Nacional de Atenção Básica, em 2017, colocaram em xeque a prioridade dada à ESF; o desmonte do Programa Mais Médicos, a proposta de Carteira de Serviços da APS⁵¹ e a criação da Agência de Desenvolvimento da APS – ADAPS, por meio da Medida Provisória 890/2019.⁵¹ Soma-se a isso, mais recentemente, uma nova proposição de financiamento.⁵²

Esse desmonte vem se desenvolvendo delineado pelo documento do Banco Mundial,⁵³ 2017, intitulado “Um Ajuste Justo – Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil”, em síntese, o relatório sugere que o Brasil gasta mais do que pode e, além disso, gasta mal, refere que o aumento dos gastos públicos coloca o País em situação de insustentabilidade fiscal, e recomenda priorizar a aplicação de recursos financeiros de forma a proteger os mais pobres e vulneráveis, e minimizar os impactos negativos sobre os empregos e a prestação de serviços públicos.

Instituído pela portaria n. 2979 de 12 de novembro de 2019, o novo modelo de alocação de recursos financeiros da Atenção Básica, “Programa Previne Brasil”, segue as diretrizes do Relatório do BM, substituindo o PAB fixo e PAB variável, e os incentivos ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF e aos/às gerentes da APS por um pagamento por captação ponderada, calculado pelo número de pessoas cadastradas nas unidades de saúde, eliminando a lógica de transferências do valor *per capita* populacional do município e por adesão de estratégias. A partir da competência financeira de janeiro de 2020, o custeio da APS torna-se um modelo misto, que busca estimular o alcance de resultados e é composto pelos seguintes componentes: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.⁵⁴

A captação ponderada prioriza o cadastramento de pessoas vulneráveis, ajustando os valores de acordo com os determinantes relacionados ao perfil demográfico (valores superiores a menores de 5 anos e maiores de 65 anos), e a tipologia do município, rural ou

urbana, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE. Este número será baseado nos registros de Coleta de Dados Simplificada – CDS, Prontuário Eletrônico – PEC ou sistemas próprios/terceiros, monitorados pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – Sisab.⁵⁴

Injustamente, a captação ponderada não considera a falta de informatização dos municípios e, conseqüentemente, a subnotificação de cadastros de inúmeros municípios brasileiros e ratifica que o “novo modelo” significa a transferência de recursos para uma APS que prioriza os mais pobres, além de estipular um quantitativo máximo para a captação de recursos por equipe. Não há limite de cadastros, mas há o limite de repasse de até 4 mil pessoas, independentemente da realidade e da real cobertura local.

Logicamente, limitar o repasse financeiro a um quantitativo máximo promove o desfinanciamento para muitos municípios, pois desconsidera a realidade, a organização e as condições do sistema de saúde locorregional. Esse processo agrava problemas já presentes no cotidiano das práticas na APS, como falta de estrutura física, de insumos e equipamentos, queixas e dificuldades comuns relatadas na inserção de alunos/as nesses cenários de prática, que promovem o distanciamento da teoria e a prática.

O pagamento por desempenho considera os resultados dos indicadores alcançados pelas equipes, sendo eles: (a) indicadores selecionados com base na relevância clínica e epidemiológica; (b) indicadores de processo e resultados intermediários na ESF; (c) indicadores de resultados em saúde; (d) indicadores globais de APS; e (e) indicadores de monitoramento quadrimestral.⁵⁵ Os valores do pagamento por desempenho serão recalculados a cada quatro competências e serão transferidos mensalmente, portanto, não havendo estabilidade de recursos financeiros.

Seguindo a lógica capitalista de produção de saúde, o pagamento por desempenho reduz os serviços de saúde às análises quantitativas de consultas e procedimentos, quase sempre permeadas por metas irreais aos/profissionais assistenciais, que promovem o desgaste e o reducionismo das ações na APS. Diante disso, a academia se vê ainda mais afastada dos cenários de prática, tanto pela impossibilidade de garantir preceptoria segura e eficiente, quanto por não responder às necessidades de produção dos serviços, provocando o desconforto e engessamento da IESC.

O financiamento de incentivos para ações estratégicas continuará seguindo o regramento vigente nas portarias que os instituíram.⁵¹

Esse modelo de alocação de recursos é inspirado na proposta mercantilizada de saúde inglesa, o *Resource Allocation Working Party* – RAWP, utilizado na Inglaterra a partir de 2008 para a distribuição de uma parcela importante dos recursos financeiros destinados

à prestação de cuidados de saúde; esse método implica assumir que um único indicador de saúde pode expressar a maior parte das necessidades da população.⁵⁵

Segundo Porto,⁵⁶ em situações como no Brasil, onde a demanda e o uso de serviços são marcados pela variação social e as dificuldades de acesso são comparativamente maiores que as observadas no sistema de saúde inglês, esse modelo de predição do uso de serviços de saúde não reflete as reais necessidades da população.

A nova proposta de financiamento da APS racionaliza a prestação de serviços, promovendo a neoseletividade, termo que define a necessidade de focalizar a atenção para uma população específica, sob a justificativa da escassez de recursos, a fim de garantir a saúde para os mais “pobres”, destituindo a lógica da Atenção Primária à saúde e a universalidade do sistema.

Ressalta-se que o primeiro movimento de seletividade do SUS deu-se durante sua construção, quando se garantiu a inserção da iniciativa privada em sua estrutura organizacional; a partir de então, a nova seletividade está mais relacionada com o exercício de segmentação na APS.

O modelo leva os municípios a perderem a única transferência governamental em saúde de base populacional atualmente existente, que é o PAB fixo, sendo um risco para a sustentabilidade financeira do SUS, eliminando incentivos para o NASF, o que significará sua abolição e a extinção da prioridade para a ESF.⁵²

Conclusão

As ações e serviços de saúde no SUS constituem um direito social a ser assegurado pelo Estado, sem distinções, restrições e a qualquer custo. A Atenção Básica vinha cumprindo seu papel de reorganização da atenção à saúde, ampliação do acesso, melhoria da qualidade e valorização da educação e promoção da saúde.

O Programa Previne Brasil destituiu a lógica da APS e a universalidade do sistema, através da focalização e neoseletividade, caracterizadas pela oferta de serviços públicos restritos aos estratos populacionais mais pobres, sendo um risco para a sustentabilidade financeira do SUS municipal, o que significará sua abolição, e a extinção da prioridade para a ESF. Permeado pela lógica de mercado, o programa em questão favorece a privatização de serviços, presidido na racionalidade financeira efetuada pela mensuração puramente quantitativa de pessoas e práticas em saúde.

Ainda que as políticas públicas de educação fomentem a inserção do Ensino Superior na Atenção Primária à Saúde – APS, a nova lógica de financiamento e operacionalização constrói uma dicotomia entre a teoria e a realidade da prática, promovendo o

distanciamento ainda maior entre os interesses das Instituições de Ensino Superior (IES). Essa política de financiamento e operacionalização está centrada na produção de conhecimentos em consonância com os princípios e diretrizes do sistema de saúde, e as necessidades dos serviços de saúde são atreladas à quantidade de procedimentos técnico-operativos.

O novo modelo de alocação de recursos financeiros fortalece a individualização dos serviços na APS e desconsidera o caráter universal do SUS, condicionando o repasse financeiro ao cadastro do/a usuário/a na ESF, erroneamente considerando essa a única porta de entrada no sistema de saúde. Esse modo de alocação de recursos fica agravado pela destituição da lógica territorial e comunitária dos serviços, retrocedendo à lógica biomédica de produção de saúde.

Embora promovam a captação ponderada, esperando aumento do número de pessoas cadastradas, valorizando as regiões mais vulneráveis, o financiamento depende da efetividade do cadastro, o que se torna um desafio para municípios com dificuldades administrativas, técnicas, instrumentais e materiais. A tarefa é ainda mais complexa para regiões populosas, o que pode incorrer na redução de recursos e, por consequência, no aprofundamento do sucateamento das unidades de saúde, insurgindo incisivamente na qualidade pedagógica dos cenários de prática, sujeita a fatores como infraestrutura física, materiais disponíveis, profissionais para supervisão, e ritmo de funcionamento compatível com o processo de ensino-aprendizagem.

É pertinente atentar que, como eventual efeito da captação ponderada, a seleção de pacientes por meio da criação de barreiras para o registro de pessoas que utilizem excessivamente o sistema de saúde ou que façam tratamentos de alto custo, finda por colaborar com a subnotificação de cadastros, o que dificultará o recebimento dos recursos financeiros, fazendo, portanto, minguarem as atividades de forma ampliada e universal no território, restringindo-as às ações pontuais e centradas na doença.

Nesse contexto, as preocupações acerca do cuidado, dos processos e da organização do trabalho, da gestão e do acesso do/a usuário/a ficam relegadas, assim como a preocupação com a promoção da saúde e com ações coletivas. Esses aspectos representam a redução ou o desencorajamento dessas atividades por alunos/as e docentes inseridos/as nos serviços, destoando das propostas das DCN e do desenvolvimento de competências para a atuação na Atenção Primária à Saúde. Isso promove um retrocesso no âmbito formativo dos/as alunos/as inseridos na APS de maneira a endossar o modelo curativo em detrimento da perspectiva da promoção da saúde.

As desigualdades socioeconômicas, territoriais e assistenciais no Brasil exigem um sistema de saúde que considere seus determinantes sociais, orientado pela equidade, por meio do trabalho intersectorial, na perspectiva de garantia de acesso e direitos,

compromissos que deveriam guiar as políticas de gestão do SUS e seu financiamento, o que se opõe ao modelo focalizado proposto pelo Programa Previnir Brasil.

A destinação de recursos aos serviços de saúde baseada em desempenho enfatiza a avaliação dos resultados das ações de saúde por meio do monitoramento quantitativo de procedimentos e indicadores, sem considerar os aspectos relacionais de atenção e promoção da saúde, não valorizando os processos educativos e emancipatórios dos/as usuários/as na APS, podendo suscitar a redução da atenção para problemas que não estejam contemplados nas métricas de avaliação.

A priorização da quantidade de atendimentos e procedimentos, em detrimento de sua qualidade, certamente comprometerá as atividades de ensino, pesquisa e extensão, como consequência da sobrecarga dos/as profissionais que ali prestam serviço, dificultando as ações de preceptoria, por indisponibilidade de profissionais, resultado das altas demandas de pacientes, e fomentando uma formação predominantemente técnica e procedimental, objetivada pela exigência de uma resposta quantitativa também pelos atores da IESC.

Por fim, a remuneração aos/as profissionais por incentivo para ações estratégicas mantém a lógica de recompensa do desempenho, porém parece incompatível com os programas de indução ao trabalho interprofissional. Esses pagamentos, na prática, limitam a integralidade do cuidado, como por exemplo, no caso, a extinção do NASF, e distanciam-se da organização territorial e comunitária, limitando a inserção de cursos da área da saúde nos cenários de prática da APS, de profissões que não contemplam as equipes mínimas. Esses fatores enfraquecem o aprendizado interprofissional, intensificando o desconhecimento das redes de atenção, o que prejudica a formação do/a estudante para uma atenção integral à saúde.

A efetivação da IESC impõe a necessidade de um modelo de gestão e financiamento que favoreça a formação profissional e subsidie as equipes dos serviços a favor de um cuidado integral, humanizado e que corresponda aos princípios e diretrizes do SUS. Portanto, a luta contra a neoseletividade induzida na APS é parte essencial da efetivação do direito à saúde e do direito à educação nas profissões do setor, conforme disposto no arcabouço legal brasileiro.

Contribuição autoral

O autor Mendes KMC, participou da concepção, planejamento, análise, interpretação e redação do trabalho; o autor Carnut L. participou da concepção, planejamento, análise, interpretação e redação do trabalho; e o autor Guerra LDS, participou da análise,

interpretação e redação do trabalho. Todos os autores aprovaram a versão final encaminhada.

Referências

1. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; [2016; citado 30 de jun. 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
2. Cavalheiro MTP, Guimarães AL. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. *Cad FNEPAS*. 2011;1:19-27.
3. Almeida MM, Moraes RP, Guimarães DF, Machado MFAS, Diniz RCM, Nuto SAS. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-Saúde Unifor e seus nove cursos de graduação. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(Suppl 1):119-26. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000200016>.
4. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei n. 9.394/96 [Internet]. Brasília, DF; 1996 [citado 30 jun. 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm
5. Ministério da Educação (BR). Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Brasília, DF: MEC; 2001.
6. Brasil. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: PR; 2016 [citado 30 jun. 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm#:~:text=EMENDA%20CONSTITUCIONAL%20N%C2%BA%2095%2C%20DE,do%20%C2%A7%203%C2%BA%20do%20art
7. Meneghetti FK. O que é um ensaio-teórico. *Rev Adm Contemp*. 2011;15(2):320-32. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552011000200010>.
8. Adorno TW. *Notas de literatura I*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2003.
9. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(3):356-62. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300010>.
10. Junqueira SR, Oliver FC. A preceptoria em saúde em diferentes cenários de prática. *Rev Docencia Ens Sup*. 2020;10:e013483. <https://doi.org/10.35699/2237-5864.2020.13483>.

11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: OPAS; 2011.
12. Fonsêca GS, Junqueira SR, Zilbovicius C, Araujo ME. Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais da saúde. *Interface (Botucatu)*. 2014;18(50):571-583. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0598>.
13. Cabral PE, Machado JLM, Machado VMP, Pompílio MA, Vinha JM, Ayach W, et al. Serviço e comunidade, vetores para a formação em saúde: o curso de medicina da Uniderp. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(3):374-82. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300012>.
14. Freire P. *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 3a ed. São Paulo: Centauro; 2001.
15. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Med*. 2008;2(4):492-9. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>.
16. Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI., organizadores. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2a edição. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 2012. p. 547-76. <https://doi.org/10.7476/9788575413494>.
17. Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad Saude Publica*. 2010;26(12):2234-49. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200003>.
18. Kuabara CTM, Sales PRS, Marin MJS, Tonhom SFR. Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Min Enferm*. 2014;18(1):195-201. <http://www.doi.org/10.5935/1415-2762.20140015>.
19. Brasil. Lei n. 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. Brasília, DF: 1990 [citado 23 jun. 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
20. Ellery AEL, Bosi MLM, Loiola FA. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. *Saude Soc*. 2013;22(1):187-96. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100017>.
21. Ferreira JBB, Forster AC, Santos JS. Reconfigurando a interação entre ensino, serviço e comunidade. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(1 Suppl 1):127-33. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000200017>.

22. Rodrigues MA. Integração docente-assistencial: abordagem conceitual. *Rev Esc Enferm USP*. 1993;27(1):15-24. <https://doi.org/10.1590/0080-6234199302700100015>.
23. Ministério da Educação e Cultura, Secretaria da Educação Superior (BR). Primeira reunião de integração docente-assistencial Brasília, 27-29 de abril de 1981.
24. Olschowsky A, Silva GB. Integração docente-assistencial: um estudo de caso. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(2):128-37. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000200002>.
25. Machado JLM, Caldas Júnior AL, Bortoncello NMF. Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde. *Interface (Botucatu)*. 1997;1(1):147-56. <https://doi.org/10.1590/S1414-32831997000200011>.
26. Feuerwerker LCM. Gestão dos processos de mudanças na graduação em medicina. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JP, Araújo JGC, organizadores. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 17-39.
27. Ministério da Saúde, Ministério da Educação (BR). Portaria interministerial n. 2.101, de 3 de novembro de 2005. Dispõe sobre os profissionais que compõem a Comissão Executiva do Pró-Saúde. *D Of Uniao*. 4 nov. 2005;seção 2:25.
28. Vendruscolo C, Ferraz F, Prado ML, Kleba ME, Martini JG. Instâncias intersetoriais de gestão: movimentos para a reorientação da formação na Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(Suppl 1):1353-64. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0180>.
29. Ministério da Saúde, Ministério da Educação (BR). Portaria interministerial n. 1802, de 26 de agosto de 2008. Institui o programa de educação pelo trabalho para a saúde - PET-Saúde [Internet]. Brasília, DF: MS; 2008 [citado 23 jun. 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html
30. Vendruscolo C, Prado ML, Kleba ME. Integração ensino-serviço no âmbito do programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(9):2949-60. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.12742015>.
31. Haddad AE, Brenelli SL, Cury GC, Puccini RF, Martins MA, Ferreira JR, et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(1 Suppl 1):3-4. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000200001>.
32. Ministério da Saúde (BR). Manual instrutivo [para] gestores municipais: manual de apoio aos gestores para a implementação do Coapes. Brasília, DF: MS; 2015.

33. Ministério da Saúde (BR). Resolução n. 569 de 8 de dezembro de 2017. Dispõe sobre os cursos da modalidade educação a distância na área da saúde. D Of Uniao. 6 fev 2018;seção 1:85.
34. Beccaria LM, Trevizan MA, Janucci MZ. Ações do processo de integração docente assistencial entre um curso de graduação em enfermagem e um hospital de ensino. *Arq Cienc Saude*. 2006;13(2):89-96.
35. Gonçalves MB, Moraes AMSM. Inserção dos alunos da primeira série do curso de medicina em serviços de saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2003;27(2):83-90. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v27.2-002>.
36. Brehmer LCF, Ramos FRS. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. *Rev Eletron Enferm*. 2014;16(91):228-37. <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.20132>.
37. Henriques RLM. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de resignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2005.
38. Buccinni GS, Martins MCFN, Sanches MTC. O processo de educação permanente em saúde: percepção de equipes de saúde da família. *Bol Inst Saude*. 2009;48:51-4.
39. Macêdo BC. Política nacional de educação permanente em saúde: a experiência de Pernambuco [monografia]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
40. Gil CRR, Turini B, Cabrera MAS, Kohatsu M, Orquiza SMC. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(2): 230-9. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000200011>.
41. Pereira JG, Fracolli LA. Contribuição da articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: perspectiva dos docentes. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009;17(2):167-73. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000200005>.
42. Carnut L, Masseran JAM. Entre a filosofia jurídica e a saúde coletiva: o conceito de desempenho no decreto n. 7.508/2011 vis-à-vis a integralidade da assistência à luz do pós-positivismo. *R Direito Sanit*. 2017;18(1):37-56. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v18i1p37-56>.

43. Ministério da Saúde (BR). 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: MS; 2017 [citado 23 jun. 2022]. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
44. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saude Debate*. 2018;42(116):11-24.
<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>.
45. Rodrigues CM. Conceito de Seletividade de políticas públicas e suas aplicações no contexto da política de extensão rural no Brasil. *Cad Cienc Tecnol*. 1997;14(1):113-54.
<http://doi.org/10.35977/0104-1096.cct1997.v14.8963>.
46. Offe C. Problemas estruturais do estado capitalista. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1984.
47. Elster J. Marxismo, funcionalismo e teoria dos jogos: argumentos em favor do individualismo metodológico. *Lua Nova*. 1989;(17):163-204.
<https://doi.org/10.1590/S0102-64451989000200009>.
48. Boschetti I, Teixeira SO. Seletividade e focalização das políticas de assistência social [Internet]. Disponível em: <https://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-081.pdf>
49. Seibel EJ. A redefinição do conceito "Offeano" de seletividade diante de uma conjuntura globalizada. *Rev Organ Soc*. 2001 [citado 23 jun. 2022];8(20):[9 p.]. Disponível em:
<https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaoes/article/view/10541>.
50. Mendes Á, Carnut L. Capital, estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *SER Soc*. 2020; 22(46): 9-32.
https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25260.
51. Agência Saúde. MS abre consulta pública para carteira de serviços da atenção primária [Internet]. 19 ago. 2019 [acesso 30 jan. 2019]. Brasília, DF: Agência Brasil. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2019/agosto/ms-abre-consulta-publica-para-carteira-de-servicos-da-atencao-primaria>
52. Reis V. Contribuição dos pesquisadores da rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de Atenção Primária [Internet]. [Brasília, DF]: Abrasco; 4 out. 2019 [acesso em 30 jan. 2019]. Disponível em:
<https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-ciencias-sociais-e->

humanas-em-saude/contribuicao-dos-pesquisadores-da-rede-aps-ao-debate-sobre-as-recentes-mudancas-na-politica-de-atencao-primaria/43125/

53. Banco Mundial [Brasil]. Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Brasília, DF: BM; 2017. (vol. 1).
54. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. D Of União [Internet]. 13 nov. 2019 [acesso 23 jun. 2022]; 220(Seção 1):97. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>
55. Mendes Á, Carnut L. Crise do capital, estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. *Rev Soc Bras Econ Polit.* 2020;(57):174-210.
56. Porto S, Martins MS, Travassos CMR, Viacava F. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2007;23(6):1393-404. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600014>.

Minicurrículo

Karina Magrini Carneiro Mendes | <https://orcid.org/0000-0001-6620-0548>
<http://lattes.cnpq.br/0318630836398543>

Leonardo Carnut | <https://orcid.org/0000-0001-6415-6977>
<http://lattes.cnpq.br/2575803021196614>

Lúcia Dias da Silva Guerra | <https://orcid.org/0000-0003-0093-2687>
<http://lattes.cnpq.br/8624417896750887>