

Dialogando com os autores: concordâncias e controvérsias sobre atenção primária à saúde no Brasil

Dialogue with the authors: agreement and controversies on primary health care in Brazil

Dialogando con los autores: concordancias y controversias sobre la atención primaria de salud en Brasil

Maria Guadalupe Medina ¹

doi: 10.1590/0102-311X00116118

O instigante artigo de Arthur Chioro e Luiz Cecilio, pesquisadores que transitam com conforto e maestria entre os subespaços da formação, gestão e investigação no campo da Saúde Coletiva, põe em relevo questões centrais no debate sobre atenção básica/atenção primária à saúde no Brasil. Sem desconsiderar que a luta política em defesa do SUS, do direito à saúde e da democracia é o centro das preocupações atuais e precede qualquer debate nesta conjuntura restritiva e de desmonte do SUS, centrarei meus comentários em torno das reflexões produzidas pelos autores, que extrapolam os limites circunstanciais dos constrangimentos éticos e políticos que enfrentamos hoje no país.

Com justa razão, estou de acordo que é necessário superar posturas dogmáticas e pouco (auto) críticas no que denomino espaço da atenção primária à saúde no Brasil, para que possamos avançar na consolidação de um projeto ético-político para a “atenção básica” brasileira, não cabendo mais neste momento a simples reprodução de “*princípios e diretrizes do ambicioso e generoso projeto da atenção básica à saúde (...) um projeto de política de saúde que, aparentemente, não encontra oponente, pelo menos no plano de sua formulação e postulados*”.

Sem dúvida, o recurso à análise genética da produção dos conceitos é uma estratégia importante de ruptura epistemológica para a compreensão do fenômeno, qual seja o processo de construção da atenção primária brasileira. Essa envolve a formulação das políticas de atenção básica, mas, também, o movimento dos atores e disputas neste campo, os avanços e entraves, e o conjunto de acordos epistemológicos e políticos que foram pactuados, explícita e implicitamente entre pesquisadores e intelectuais que compõem a comunidade científica, a gestão e a militância política que têm atuado nas diversas frentes, seja em espaços institucionais, acadêmicos e no âmbito dos movimentos sociais, nas lutas pelo direito à saúde e pelas reformas organizacionais.

A defesa, então, de uma denominação genuinamente brasileira – atenção básica – foi justificada e é defendida pelos autores em função da necessária distinção entre uma visão redutora e reprodutora de experiências e formulações internacionais, “*uma atenção básica à saúde que não perde a perspectiva da integralidade do cuidado, necessariamente conectada a redes constituídas por serviços de distintas densidades tecnológicas*”.

Se é verdade que esse debate produziu originalmente, no âmbito da esquerda democrática e militante da reforma sanitária, uma fecunda discussão sobre o modelo de atenção primária desejado para o SUS, também é verdade que sua adoção não resolve os problemas conceituais e, tampouco, políticos em relação à disputa existente entre diferentes projetos de atenção primária. Aliás, tais disputas

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

Correspondência

M. G. Medina
Instituto de Saúde Coletiva,
Universidade Federal da
Bahia.
Rua Basílio da Gama, s/n,
Salvador, BA 40110-040,
Brasil.
medina@ufba.br



prevalecem, também, no plano internacional, identificando-se uma clara oposição entre modelos mais restritivos (seletivos) quanto a agravos e/ou subgrupos populacionais (*selective primary health care*), abordagens circunscritas aos serviços de saúde (*primary care*), em contraponto a abordagens conceitualmente abrangentes, que evocam a integração com o sistema de saúde, ressaltam a determinação social da saúde e a articulação intersetorial como parte das intervenções da atenção primária (*primary health care*).

Em outros termos, além de não dialogar com o debate e a literatura internacional, a adoção do termo “atenção básica” não é capaz de elucidar as divergências e nuances em relação aos modelos de atenção primária implementados no país: concepções e modelos divergentes entre opositores e apoiadores da reforma sanitária brasileira; concepções e modelos diferentes entre agentes no interior do próprio movimento da reforma sanitária. Nesse sentido, parece-me pouco proveitoso circunscrever as disputas no âmbito da atenção primária à polarização “atenção básica” *versus* “atenção primária”. Por outro lado, há que se reconhecer que a diversidade presente no país em termos de porte populacional, recursos e aprendizado institucional não explica toda a diversidade contextual, observando-se, muitas vezes, enormes diferenças entre municípios com características contextuais histórico-geográficas e econômicas semelhantes, mas distintas quanto aos processos político-institucionais de construção do SUS, especialmente quanto à configuração das relações com os atores sociais locais e, especificamente, no tocante às articulações estabelecidas com o setor privado na gestão e prestação de serviços básicos e de apoio diagnóstico e terapêutico. Do mesmo modo, pode-se observar distintas configurações nas relações que se estabelecem entre a denominada atenção básica tradicional e as equipes de saúde da família, coexistindo ora com lógicas distintas, ora complementares, nos sistemas locais de saúde em diferentes municípios.

Um aspecto interessante a considerar é em que medida a diversidade de distintos modelos de atenção primária revela a fragilidade da formulação da política para lidar com a complexidade das situações concretas, ou até que ponto a disjunção entre formulação e implementação é o resultado da incapacidade da política (nacional) apreender as concretas limitações ou as condições de possibilidade do mundo real (no caso, os municípios).

As boas questões postas pelos autores merecem debate e investigação profunda da realidade brasileira. Inúmeros estudos têm demonstrado a efetividade da atenção primária à saúde para lidar com um conjunto de problemas de saúde passíveis de resolução neste âmbito, tendo a Estratégia Saúde da Família um efeito positivo na utilização de unidades básicas de saúde como fonte usual de cuidado e contribuído enormemente com a melhoria de indicadores de saúde (mortalidade infantil, mortalidade em menores de cinco anos, hospitalizações por causas sensíveis à atenção primária, tanto para condições agudas quanto crônicas em diferentes grupos de idades, por exemplo). Algumas dessas conquistas mostram a sinergia com outras políticas públicas (como no caso da implementação da ESF – e do Programa Bolsa-Família; da conjunção do Programa Mais Médicos com o Requalifica-SUS e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB), reforçando a importância da articulação intersetorial nas intervenções mais globais para a conquista de melhor nível de saúde dos grupos populacionais. Tais resultados foram fruto da PNAB adotada (versões 2006 e 2011) e do papel indutor que teve o nível central; e a formulação da Política, ainda que marcada por algumas contradições resultantes de disputas de projetos distintos ao interior do movimento da reforma sanitária, foi capaz de materializar, em seu texto, propostas que foram ao encontro de um projeto de reforma coerente com os princípios de universalidade, integralidade e equidade na saúde (absolutamente diversa da PNAB 2017). Será que teríamos obtido tamanho êxito se não tivéssemos adotado a ESF como estratégia prioritária de reordenamento da atenção primária à saúde?

É certo que o Estado brasileiro e o processo de descentralização do sistema de saúde não foram acompanhados por reforma distributiva, nem de recursos nem de poder, e que o nível de gestão estadual ficou estrangulado e não ocupou o vazio institucional capaz de promover as necessárias adaptações no processo de descentralização administrativa e a coordenação competente dos processos de formação e suporte técnico, capazes de fazer florescer nas gestões municipais a necessária autonomia. Apesar disso, diversos municípios foram capazes de conduzir experiências de excelência no caminho de uma atenção primária à saúde forte, resolutiva e integrada com o sistema de saúde.

É fato, também, que avançamos bastante na investigação e formulação das políticas no âmbito da atenção primária, mas que menosprezamos, como movimento sanitário, o interesse por certas

temáticas, que agora nos parecem obstáculos epistemológicos ao conhecimento da realidade: a investigação sobre a dinâmica hospitalar e a inserção dos serviços de média e alta complexidades na rede de cuidados; a análise dos mecanismos de financeirização da saúde; a análise de outros mecanismos de regulação das práticas de saúde (regulação do mercado e regulação profissional, por exemplo) que interferem enormemente nos processos de organização dos serviços e nas relações entre os serviços da rede básica com os outros níveis do sistema.

Ou seja, é possível que haja necessidade de rever a excessiva complexificação da PNAB, mas há que se pensar em duas questões neste momento particular: primeiro, que experimentamos uma conjuntura de franco recuo nas conquistas e os acenos de flexibilização têm servido ao favorecimento das possibilidades de retrocesso; segundo, que precisamos aprofundar algumas análises sobre os fracassos e incompletudes das políticas de atenção primária questionando alguns pressupostos conceituais ou mesmo “*um modelo estanque de práticas de atenção primária à saúde*”¹ (p. 1793), mas incorporando à análise outros fatores que explicam os problemas da articulação da atenção primária à saúde com a rede de cuidados nos sistemas loco-regionais de saúde e que, no meu ponto de vista, extrapolam os limites relacionados à formulação da PNAB, situando-se, em grande medida: (a) nos entraves do processo de reordenamento regional e na complexa articulação da rede e dos interesses privados com o sistema de saúde, com influências diretas na prestação e regulação de serviços de atenção primária, haja vista que o setor privado tem apresentado um grande dinamismo e capacidade de adaptação às novas configurações jurídico-institucionais no país, com inovação nas modalidades de prestação de serviços, o que explica, inclusive, a incorporação de projetos mutilados e racionalizadores de “atenção primária” na prestação de serviços por planos privados de saúde (como ilustrado pelos autores). Como assinalam Fausto et al.² (p. S80), a “*fragilidade do espaço regional e a baixa inclusão da atenção primária à saúde como matéria para pactos intergovernamentais federativos coloca desafios enormes para a sua articulação assistencial*”; (b) na força da regulação profissional, especialmente dos médicos, detentores de grande capital político, técnico e simbólico no sistema, e que regulam as práticas, seja no nível micro-organizacional (na relação íntima e privada que se estabelece entre o usuário e o profissional no momento de prestação do cuidado no serviço de saúde), seja como ator coletivo, influenciando a formulação e implementação das políticas (vejam, por exemplo, toda a mobilização da categoria para a aprovação da “lei do ato médico” e as inúmeras emendas parlamentares e disputas judiciais em torno da lei que criou o Programa Mais Médicos, apenas para citar dois exemplos); (c) na fragilidade da participação social dos usuários em instâncias do SUS e fora dele, apresentando os usuários e suas representações baixa capacidade de formulação e de intervenção sobre as políticas de saúde e, nestas circunstâncias, pouca capacidade de expressar, hoje, os interesses coletivos e de interferir em processos de gestão democrática e de modelos usuário-centrados.

Inspirada na formulação proposta por Contandriopoulos et al.³, compreendo que há, pelo menos, quatro lógicas distintas e em disputa operando na regulação do sistema de saúde. A lógica da racionalidade instrumental, baseada no processo racional de planificação e da definição ótima de recursos; a lógica de mercado, apoiada sobre a teoria econômica neo-liberal, que toma os bens de saúde indistintamente em relação a outros bens de mercado; a lógica profissional, que coloca o profissional no centro do sistema de cuidados; e a lógica democrática, que coloca o usuário no centro do sistema de saúde e fundamenta-se na equidade e justiça social. A regulação dos sistemas de saúde é o resultado das relações de poder e das negociações entre os atores que manejam recursos e operam estratégias em função dos seus interesses e de acordo com cada uma dessas lógicas.

Os estudos sobre itinerários terapêuticos dos usuários nos sistemas de saúde têm demonstrado que, no momento atual, a lógica prevalecente não é uma lógica democrática e que, deixados à própria sorte, os usuários lançam mão de todas as estratégias possíveis, manejando todos os tipos de capital que dispõem (econômico, social, político, simbólico, cultural) para superar e/ou contornar as barreiras impostas pelos serviços de saúde, fazendo o que denominam os autores do ensaio de “uma gestão solitária do próprio cuidado”. Sem dúvida, para um efetivo fortalecimento da atenção primária à saúde, dos sistemas locais e regionais e de uma coordenação mais harmoniosa do cuidado, é preciso criar sistemas mais inteligentes, flexíveis, menos burocratizados e que levem em consideração as prioridades e necessidades particulares de cada território e dos sujeitos, em particular. Mas isso só será possível a bom termo, em minha opinião, com a reconfiguração da estrutura de regulação do sistema, vale dizer, com uma nova configuração das relações de poder no sistema de saúde, mediante

uma participação social mais efetiva. Mecanismos autorregulatórios, sejam no nível local, regional ou nacional, com forte desequilíbrio das relações de poder entre os atores não favorecerão a predominância de uma lógica democrática, vantajosa aos usuários do sistema de saúde. Nesse sentido, é mister que o movimento da reforma sanitária brasileira retome as conexões com os movimentos sociais nas lutas pela democracia em geral e garantia dos direitos, entre os quais, o direito à saúde.

Finalmente, gostaria de assinalar que compartilho com os autores a ideia de que a formação de um “novo trabalhador para o SUS” continua sendo um dos desafios mais importantes a ser enfrentado. As práticas de atenção primária à saúde requerem grande complexidade, apesar da pouca densidade tecnológica. O conjunto de saberes e tecnologias manejado para atender às necessidades de saúde da população é enorme e exige diversidade de expertise. Tal perfil, distante de ser alcançado como regra geral, encontra limites especialmente porque, como costuma assinalar Jairnilson Paim, o sistema de saúde forma, conforma e deforma os profissionais de saúde ⁴, impondo, muitas vezes, limites e restrições importantes ao exercício de práticas assistenciais mais afinadas com uma perspectiva inovadora e comprometida com um sistema público, universal e de qualidade. Vejam, nesse particular, estudos recentes sobre práticas profissionais de médicos do Programa Mais Médicos que ressaltam os limites a um escopo mais ampliado de práticas pelos constrangimentos das condições de trabalho. Nesse sentido, os processos de formação, tendo em vista mudanças de perfil profissional, precisam ser acompanhados de outras reformas, inclusive de regulação e valorização da força de trabalho para a atuação na atenção primária à saúde.

-
1. Viana ALA, Bosquat A, Melo GA, Negri-Filho ADN, Medina MG. Regionalização e redes de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2018; 23:1791-8.
 2. Fausto MCR, Campos EMS, Almeida PF, Medina MG, Giovanelle L, Bousquat A, et al. Itinerários terapêuticos de pacientes com acidente vascular encefálico: fragmentação do cuidado em uma rede regionalizada de saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2017; 17 Suppl 1:S63-72.
 3. Contandriopoulos A-P. Les enjeux éthiques associés à la transformation des systèmes de soins. *Éthique Publique* 2003; 5:42-57.
 4. Medina MG. Por que a atenção primária é desejável. <http://www.resbr.net.br/por-que-a-atencao-primaria-e-desejavel/#.W1YdEBgnZCU> (acessado em 23/Jul/2018).

Recebido em 18/Jun/2018
Aprovado em 21/Jun/2018