

Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde

Notes on persistent challenges for basic health care in Brazil

Apuntes sobre los desafíos (todavía) actuales de la atención básica en la salud

Luiz Carlos de Oliveira Cecilio ¹
Ademar Arthur Chioro dos Reis ¹

doi: 10.1590/0102-311X00056917

Resumo

Consolidou-se no Brasil, nas últimas décadas, a proposta de criação de uma extensa rede de atenção básica à saúde como a principal porta de entrada para um sistema público de saúde universal. Partindo do reconhecimento dos consistentes avanços conseguidos em tal direção, o presente artigo apresenta quatro apontamentos sobre alguns desafios para a consolidação de tal projeto: (1) por que adotar “atenção básica em saúde” em contraposição ao uso hegemônico e consagrado de “atenção primária em saúde?”; (2) a disjunção ou o descompasso entre a formulação da política e sua implementação real, o que aponta para a necessária revisão do processo de formulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), centralizado e definidor de regras, rotinas e lógicas padronizadas para todo o país sem considerar suas dimensões continentais, a heterogeneidade e grande diversidade de municípios; (3) o isolamento da atenção básica à saúde e sua inserção periférica em relação ao sistema de saúde, o que aponta para a necessidade de arranjos de coordenação do cuidado mais complexos, que não fiquem sob ordenação e responsabilidade apenas da atenção básica à saúde; e (4) a insuficiência de gestores, gerentes e trabalhadores preparados e aderidos a um projeto transformador do modelo assistencial vigente no nosso país.

Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da família; Sistemas de Saúde; Formulação de Políticas

Correspondência

L. C. O. Cecilio
Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.
Rua Botucatu 740, São Paulo, SP 04023-062, Brasil.
luizcecilio60@gmail.com

¹ Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil



Introdução

Nos processos de reestruturação, fortalecimento e racionalização dos sistemas públicos de saúde, tem sido reservado um papel de protagonismo essencial à atenção primária em saúde, ou atenção básica à saúde, como se consolidou denominar os cuidados ofertados pela ampla rede de serviços básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) ^{1,2,3,4}. Inúmeras responsabilidades contidas nos documentos mais importantes produzidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e por distintos governos indicam que a atenção básica à saúde é a aposta central para produzir a transformação e regulação do sistema de atenção à saúde, buscar o acesso universal e a proteção social em saúde, produzir respostas às necessidades e expectativas das pessoas em relação a um conjunto amplo de riscos e doenças, promover comportamentos e estilos de vida saudáveis e mitigar danos sociais e ambientais sobre a saúde ^{3,5,6,7,8}.

Tal tarefa deve ser cumprida por equipes de saúde dispostas em unidades básicas de saúde distribuídas por territórios definidos e com clientela adscrita, com a missão de facilitar o acesso e fazer o uso apropriado de tecnologias e medicamentos que proporcionem o cuidado necessário à saúde das pessoas e coletividades. Mais, uma atenção básica à saúde ordenadora e coordenadora de uma resposta ampla de cuidados em todos os níveis de atenção, responsável, ainda, por articular a participação institucionalizada da sociedade civil no diálogo político e nos mecanismos de *accountability*. Trata-se de um tema que tem sido objeto de investigações, análises e revisões exaustivas ^{9,10,11,12,13,14}.

A construção deste ensaio é orientada pelas seguintes indagações preliminares: (a) O que há ainda a ser dito sobre a atenção básica como formulação de política de saúde, em particular certo ideal de funcionamento como uma sonhada porta de entrada para o SUS?; (b) O que faltaria abordar sobre esse ambicioso projeto, a implantação de uma ampla rede de serviços de atenção básica que, se bem sucedido, deslocaria o centro de gravidade da assistência à saúde dos hospitais e serviços especializados para uma rede de unidades básicas de saúde de distribuição capilarizada, em territórios delimitados onde vivem, estudam e trabalham as pessoas, nas quais atuariam equipes multiprofissionais “treinadas” para o cuidado integral e humanizado (das pessoas, das famílias e das comunidades), capazes de promover a vida e de “*impactar na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades*” ¹⁵ (p. 19), fazendo triunfar a educação em saúde, a promoção e a prevenção sobre a atual ênfase na doença e seus desdobramentos, e no modelo de atenção baseado na consulta e em procedimentos médicos?; (c) O que faltaria discorrer sobre esse projeto que foi sendo construído nas últimas décadas pelos atores comprometidos com a construção do SUS e implicados com o campo da Saúde Coletiva e que representa certa imagem objetivo que não cessamos de buscar? Ainda mais quando se constata que, de forma mais ou menos sistematizada, mais ou menos aprofundada, consolidou-se entre gestores, pesquisadores e trabalhadores da saúde o que poderíamos chamar do ideário da atenção básica ou, pelo menos, um reconhecimento e adesão conceitual aos seus principais atributos; (d) O que faltaria para o sucesso dessa política, para a sua implantação efetiva?

Dando como pressuposto que não se trata mais aqui de simplesmente reproduzir os princípios e diretrizes do ambicioso e generoso projeto da atenção básica à saúde no nosso país, buscamos explorar alguns fatores que, de um modo ou de outro, têm funcionado como dificultadores da consolidação de um projeto de política de saúde que aparentemente não encontra oponentes, pelo menos no plano de sua formulação e de seus postulados. Para além do discurso hegemônico sobre a proposta da atenção básica no sistema público, mais e mais operadoras de planos de saúde adotam explicitamente seus princípios e recomendações (adscrição de clientela, equipe multiprofissional, protocolos e ênfase em cuidados primários, médico de família como regulador de acesso às especialidades e procedimentos especializados, promoção e prevenção etc.) na experimentação de novos modelos assistenciais que resultem economicamente mais viáveis e, por que não?, em melhores cuidados para os beneficiários dos planos de saúde ¹⁶.

Antes, porém, de tecermos algumas considerações sobre o que denominamos de a difícil gênese da atenção básica à saúde como eixo estruturante de um desejado sistema único de saúde universal, público e de qualidade, é necessário reconhecer a extraordinária expansão do projeto da atenção básica à saúde no nosso país nos últimos anos. A partir da firme adoção da saúde da família pelo Ministério da Saúde, criada como Programa, em 1994, por meio de convênios estabelecidos pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) com pequenos municípios das regiões Nordeste e Sudeste

e, a partir de 2003, já denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), como eixo estruturante do SUS, o que se viu foi uma considerável extensão da cobertura de amplos segmentos da população, reforçada sobremaneira com a implantação do Programa Mais Médicos para o Brasil, a partir de 2013^{17,18}. A cobertura por equipes de saúde da família saltou em dez anos, no período compreendido entre dezembro de 2007 e dezembro de 2016, de 46,2% da população para 63,7%, ou seja, um incremento de 72,5% no período, perfazendo 40.098 equipes em todo o território nacional. Mais de 123,5 milhões de brasileiros passaram a contar com ESF, uma extensão de oferta sem precedentes em âmbito internacional¹⁹.

Embora ainda não se consiga avaliar plenamente os impactos de tal expansão, poucos, mas bem conduzidos estudos como o realizado por pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, mostram, por exemplo, que quanto mais elevada a faixa de cobertura de saúde da família do grupo de municípios, maior é a queda na taxa de mortalidade infantil pós-neonatal, associada à diminuição do número de mortes por doença diarreica e por infecções do aparelho respiratório^{20,21}, ou ainda como há uma melhora das notificações das estatísticas vitais e diminuições de internações hospitalares evitáveis (redução de 15% a partir de 1999) quanto mais se expande a ESF²². A comparação das taxas de cobertura de atenção básica e de internação hospitalar em grandes cidades brasileiras feita com dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) mostrando uma relação inversa entre elas, isto é, quanto maior a cobertura pela ESF, menor o número de internações por causas sensíveis à atenção básica à saúde, são outros dados que indicam os impactos positivos da ESF na saúde da população²³. Tais achados encontram ressonância com experiências estudadas em outros países e, de algum modo, por si só, já seriam razão para a defesa da correção da extensão da atenção básica^{24,25,26}.

Tal avanço adquire maior relevância se considerado o crônico subfinanciamento do SUS, em particular quando comparamos os gastos em saúde em dólar *per capita* no Brasil com os dos países centrais e, em particular, aqueles que contam com sistemas universais e que se estruturam a partir da atenção básica à saúde²⁷.

Apesar do inegável crescimento dos investimentos na ampliação de uma extensa rede de serviços de atenção básica à saúde, um estudo recente realizado por Puccini²⁸ sobre a evolução dos gastos globais em saúde na Região Metropolitana de São Paulo entre 2002-2015 aponta dados que precisam ser considerados. As despesas com saúde com recursos próprios dos municípios, de 2002 a 2015, cresceram, em média no Estado de São Paulo, de 19,9% para 26,4%, mais do que os gastos estaduais e a transferência federal. Aponta, ainda, que segundo dados constantes do Fundo Nacional de Saúde, somando-se o Piso da Atenção Básica fixo (PAB fixo), o Piso de Vigilância à Saúde Fixo e o Componente Básico da Assistência Farmacêutica, valores definidos com base no número de habitantes/ano, estes corresponderam, na Região Metropolitana de São Paulo, em 2015, a apenas 15,52% das transferências diretas recebidas pelos municípios, sendo as demais condicionadas à adesão aos vários programas ou incentivos definidos pelo Ministério da Saúde.

Esse quadro sofrerá um profundo agravamento com o Novo Regime Fiscal proposto pelo Governo Michel Temer e aprovado pelo Congresso Nacional, que instituiu teto para as despesas primárias (as despesas financeiras, como juros, não terão nenhum limite), resultando em perda superior a R\$ 743 bilhões no financiamento do SUS durante os vinte anos (2017-2036) em que vigorará o modelo de reajuste dos gastos públicos federais em saúde apenas pela correção da inflação medida pelo Índice de Preços ao Consumidor (IPCA)^{29,30}.

Isso posto, cabe fazermos a seguinte interrogação: para além da falta de médicos (dilema parcialmente respondido com o Programa Mais Médicos para o Brasil) e do crônico subfinanciamento da saúde, que fatores impeditivos da consolidação de uma rede de atenção básica à saúde que, de algum modo, ou não foram considerados ou problematizados na própria Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ou que, quando reconhecidos, são de difícil enfrentamento a curto e médio prazo?

Com o intuito de contribuir para o avanço do debate é que apresentamos, na sequência, quatro apontamentos sobre o que consideramos alguns desafios para o avanço da atenção básica à saúde.

Primeiro apontamento: atenção básica ou atenção primária em saúde?

Para pavimentar a discussão que desejamos fazer, poderíamos dizer que a adoção do termo “atenção básica em saúde” é uma característica bem brasileira, em contraposição ao uso hegemônico e consagrado de “atenção primária em saúde”, seja na literatura internacional, seja em documentos das agências internacionais³¹. Mello et al.³², em artigo de revisão sobre a diferença desses conceitos, apontam em suas conclusões que:

*“Os termos atenção básica, atenção primária e atenção primária à saúde têm sido utilizados como sinônimos no Brasil, muitas vezes sem perceber o contexto conceitual e ideológico a que estão submetidos, cujos referenciais variam desde correntes francamente funcionalistas e racionais até aquelas mais progressistas, particularmente opondo os conceitos de atenção básica/atenção primária à saúde ao de atenção primária”*³² (p. 211).

De fato, entendemos que o termo atenção básica à saúde, como tem sido usado preferencialmente nos documentos do Ministério da Saúde, mesmo que a Portaria MS nº 2.488/2011 que instituiu a PNAB o tenha considerado equivalente à atenção primária à saúde, poderia ser considerado como uma espécie de diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária. Uma diferenciação não fortuita, mas fruto de processo político que encontra suas raízes na própria história do Movimento Sanitário Brasileiro, da construção do pensamento da Saúde Coletiva, e reforçado pelo posicionamento firme, determinado e suprapartidário de entidades fundamentais como o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do próprio Conselho Nacional de Saúde, mirando centralmente a utopia da construção de um sistema de saúde público e universal.

No projeto de política de saúde brasileiro, que nasceu no campo da esquerda democrática, e não se separou da luta pela redemocratização do país no período da ditadura militar, a construção de uma atenção básica à saúde resolutiva, cobrindo todo o território nacional, na qual fosse possível questionar e superar o modelo médico hegemônico, foi sendo assumida como uma espécie de estratégia central, em boa medida inspirado nas experiências dos países que desenvolveram o *welfare state* no pós II Guerra Mundial, e daqueles que compuseram um dia o bloco do chamado socialismo real.

A ideia que perpassa esse ideário, fixado na *Constituição Federal Brasileira* de 1988 ora sob ataque, era da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, estratégia fundamental para uma cidadania ampliada, componente importante de um projeto civilizatório para a sociedade brasileira, capaz de reduzir as iniquidades que nos assolam há séculos. Defendemos, portanto, que o conceito de atenção básica à saúde, tal como construído no nosso país, não é uma pura reprodução de experiências e formulações internacionais desde pelo menos a *Conferência de Alma-Ata*.

Não se trata simplesmente de uma proposta técnica, mas foi e é um projeto tecnopolítico que mobilizou, e ainda mobiliza, que encantou e ainda encanta, trabalhadores, militantes, gestores, conselheiros de saúde e tantos outros atores sociais no país.

A defesa do fortalecimento e expansão da atenção básica à saúde é hoje, mais do nunca, uma bandeira política que precisa ser levantada, neste momento em que o SUS se vê sob o mais forte ataque desde a sua criação, em 1988. Reiteramos, aqui, a defesa de 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. Tal proposta vai na contramão da concepção de sistemas de saúde fundamentados em coberturas pretensamente universais, mas fragmentados e restritivos, centrados em uma atenção primária à saúde (agora sim atenção primária), que operam uma cesta básica, que caberiam no orçamento dos países pobres, deixando o resto para o mercado, como preconizam explicitamente agências como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI).

Qualquer análise sobre a atenção básica à saúde no Brasil precisa ter em conta que não é possível falar de uma atenção básica no nosso país, dada a sua extensão territorial e a heterogeneidade econômica, social e cultural, mas sim de múltiplas e diferenciadas redes básicas coabitando no SUS, fruto de marcadas diferenças regionais, das muito diversificadas características dos municípios, do tamanho de suas populações à estrutura de seus sistemas locais regionais de saúde, incluindo a maior ou menor presença do setor privado, em particular dos planos de saúde. Tal realidade, de cara, aponta para a inadequação de qualquer pretensão de centralização e homogeneização na formulação, gestão e avaliação das políticas para atenção básica à saúde.

Vale destacar que como o presente ensaio tem como base as experiências dos autores como gestores, pesquisadores, trabalhadores e consultores de municípios com experiências avançadas e consolidadas de atenção básica à saúde em municípios de médio e grande porte, nas regiões Sul e Sudeste, muito em particular no Estado de São Paulo ^{33,34,35,36,37}, isto poderá resultar em um viés nas considerações aqui contidas, muito referenciadas a contextos que não se reproduzem no “Brasil profundo”, aquele das pequenas cidades ou comunidades isoladas, para as quais a chegada de uma equipe da ESF, dos agente comunitários de saúde ou de médicos via o Programa Mais Médicos representa uma revolução ^{38,39,40,41,42,43}.

Vale dizer ainda que o SUS é uma Escola e um Laboratório de experimentação, e não há pesquisa ou processo avaliatório que consiga dar visibilidade para tudo o que tem sido feito e experimentado Brasil a fora. Basta visitar os pôsteres com as ditas “experiências exitosas” nos congressos realizados pelo CONASEMS e Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) dos vinte e seis estados, pela ABRASCO e suas congêneres estaduais, nas mostras nacionais e regionais de atenção básica, e em publicações da área da Saúde Coletiva, para se ter ideia da magnitude de tal produção.

Neste primeiro apontamento, portanto, partimos da defesa que a diferença dos usos dos termos atenção primária à saúde e atenção básica à saúde, para além de uma questão semântica, implica a disputa de diferentes projetos para o SUS, bem como fazemos o reconhecimento das limitações consequentes do(s) lugar(es) de observação dos autores, explicitando as vantagens e desvantagens de uma leitura situada.

Segundo apontamento: a disjunção ou o descompasso entre a formulação da política e sua implementação real, ou quando a centralização e complexidade da formulação da política tornam-se um problema

Uma característica marcante na construção do projeto da atenção básica à saúde nos últimos anos foi a sua complexidade crescente, das generosas e audaciosas diretrizes contidas na PNAB e na Política Nacional de Humanização do SUS (PNH – HumanizaSUS) ⁴⁴, cuja ambição máxima, em nossa visão, é a proposta da atenção básica à saúde funcionar como centro de comunicação e regulação das redes de atenção. Algo como se, na busca de distanciamento de tudo que lembrasse a simplificação da atenção primária à saúde e sua focalização em grupos mais pobres e vulneráveis, fossem agregadas mais e mais atribuições e atributos, detalhando cada vez mais certo ideal de funcionamento da atenção básica à saúde.

Esse movimento de complexificação produziu um efeito paradoxal não previsto, nem sempre reconhecido, ou mesmo comentado publicamente: um *descolamento* ou uma *desacoplagem* da Política como formulação ideal em relação ao mundo real das equipes e da produção do cuidado, no seu contato cotidiano e direto com os usuários e suas necessidades.

Essa complexificação da formulação da política para a atenção básica à saúde, que em princípio poderia ser considerada como positiva, tropeça em pelos menos dois complicadores que acabam por anemiar sua potência.

O primeiro, é que ela parece não considerar a diversidade dos 5.570 municípios brasileiros. Cerca de 73% têm menos de 20 mil habitantes, alguns com grandes carências de equipamentos de saúde, com controles muito diferentes de toda ordem de recursos, em particular, e só para exemplificar, o tamanho ou a completude de suas equipes de gestão locais. E que não contam com o necessário respaldo das Secretarias Estaduais de Saúde, consumidas com a gestão de serviços hospitalares e ambulatoriais especializados e incapazes de assumir a coordenação dos sistemas regionais de saúde e prestar apoio técnico aos municípios, em particular os de menor porte. Quando muito, contam com o apoio dos COSEMS, que não conseguem suprir efetivamente, e de forma regular, os pequenos municípios em suas necessidades e dificuldades. Esse parece ser um ponto relevante a ser considerado na reflexão sobre as dificuldades da implantação efetiva de uma rede de atenção básica à saúde ^{45,46}.

Outro complicador, ligado ao primeiro, é que o Ministério da Saúde opera com uma lógica de normalização, padronização e homogeneização que parece não conseguir superar. Tal lógica, em princípio, tem sido justificada por ideias como “o sus é um só”, ou “os municípios sem diretrizes acabam reproduzindo o modelo médico hegemônico e oferecendo só consultas médicas”, entre outros

“argumentos”. Tal fato, parece-nos, poderia ser chamado de ausência, por parte do Ministério da Saúde, de um “projeto singular de gestão”, capaz de dialogar com as especificidades locais regionais.

O fato é que, o Ministério da Saúde, por intermédio de seus técnicos, embora num plano discursivo reconheça a diversidade, opera, de fato, com a lógica homogeneizadora, fazendo uso, antes de mais nada, de regras de financiamento com forte poder indutor, ou pretensão de induzir as práticas locais de saúde do Oiapoque ao Chuí, de São Paulo, com seus mais de 12 milhões de habitantes, aos pequenos municípios ribeirinhos na Amazônia.

Reproduzindo ou atualizando uma velha máxima da Saúde Pública de “centralização normativa e descentralização executiva”, o receio que preside tal lógica centralizadora parece ser: o que aconteceria se o Ministério da Saúde, ou as instâncias de gestão central tripartite, não balizasse o campo de um deve ser o mais homogêneo possível para todo o país como garantia da construção de um SUS verdadeiramente nacional? O que aconteceria se cada município atuasse de seu modo, com um mínimo de balizas centrais?

De um modo implícito (às vezes explicitamente) parece-nos haver a suposição de que seria quase inevitável que os gestores municipais acabassem reféns, tanto de particularíssimos interesses locais, dos autogovernos dos trabalhadores e seus corporativismos, quando não, do triunfo do modelo bio-médico e dos interesses do complexo médico-industrial.

Pensamos que tal concepção de supercentralização da formulação da política poderia ser questionada com uma contrapergunta: o que acontece, de fato, na imensa, complexa, heterogênea rede de atenção básica brasileira em termos de realização da PNAB e de centenas de outras políticas do Ministério da Saúde (e das Secretarias Estaduais de Saúde, que seguem a mesma lógica), como a PNH e as Redes de Atenção à Saúde, para ficarmos em dois exemplos concretos?

O que da avançada e generosa concepção de arranjos como o acolhimento, o matriciamento, da clínica ampliada centrada no sujeito, que lança para as equipes o desafio de pensar a saúde como o ganho de graus crescentes no modo de andar a vida acontece no cotidiano das equipes?

Que instrumentos de avaliação com lógica *topdown* poderiam captar os infinitos movimentos de criação, transcrição, tradução, mas também de negação, de amesquinamento e empobrecimento da grande política?

Até mesmo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) ⁴⁷, que poderia ser considerado o mais completo e ambicioso instrumento de avaliação da PNAB, acaba por padecer da mesma excessiva complexidade da política que pretende avaliar, o que resulta, entre outras coisas, na sua difícil operacionalização e sustentabilidade.

Por outro lado, o viés de complexificação do projeto político para a atenção básica à saúde poderia ser visto como positivo ao fornecer suporte tecno-político para gestores e trabalhadores comprometidos com a defesa do SUS e a qualificação do cuidado. Assim, a complexidade e generosidade da política oficial, de algum modo, respaldaram experiências de cidades que levaram até o limite as propostas da PNAB, sinalizando até onde elas fazem avançar as mudanças necessárias, adiando seus limites e problemas, em toda a sua complexidade.

Do mesmo modo, se os avanços observados nas cidades maiores e mais desenvolvidas não podem ser usados como um exemplo geral para o Brasil, há muitos municípios pequenos onde “o que funciona como SUS” é exatamente a atenção básica à saúde, e não seria inadequado dizer que os ditames da política funcionariam como uma espécie de sinalizador de práticas mais cuidadoras, fazendo da rede de atenção básica à saúde território de defesa de direitos e de cidadania.

Como resumo deste apontamento deixamos algumas questões: seria possível simplificar os ditames da PNAB sem perder a qualidade desejada? Como seria rever a política de financiamento municipal, ampliando a participação do repasse federal/estadual com base em critérios populacionais (e necessidades locais/regionais) e não mais por pacotes de recorte programático?

Terceiro apontamento: a dificuldade de se romper o isolamento da atenção básica à saúde e superar a sua inserção periférica e isolamento em relação ao sistema de saúde

Muito se tem avançado na formulação de uma maior centralidade da atenção básica à saúde na configuração do SUS, sempre na perspectiva da continuidade e integralidade do cuidado. A atenção básica à saúde como ordenadora do cuidado e centro de comunicação com o sistema de saúde é a expressão mais clara de tal projeto.

A proposta de construção de redes de atenção à saúde como tem sido trabalhada pelo Ministério da Saúde nos últimos anos não deixou, em nenhum momento, de tomar como ponto de partida e chegada os cuidados na atenção básica à saúde. Do mesmo modo que a discussão de propostas sobre a política de atenção especializada – inclusive a abandonada proposta do “Mais Especialidades” –, sempre tomam a atenção básica à saúde como ponto zero de suas formulações.

Seria possível dizer que o ambicioso projeto de construção de uma atenção básica à saúde capilarizada e qualificada só se completaria quando alcançasse, de fato, seu “engate” com o sistema de saúde. Concordamos com Mello et al.³² (p. 210) quando afirmam que:

“No Brasil, a acentuada desigualdade social, como não poderia deixar de ser, estende suas consequências ao sistema de saúde, fazendo com que a atenção básica do SUS seja priorizada para as classes mais desfavorecidas economicamente. Em si, isso não é um problema, pelo contrário, trata-se justamente de uma opção relacionada à equidade do sistema em busca de oferecer acesso à grande maioria da população. Porém, torna-se conceitualmente relevante quando a atenção básica é entendida por alguns como “medicina para pobres”, ou quando não se organiza os demais níveis tecnológicos de acordo com tais princípios equitativos. Neste caso, as políticas tendem a se voltar prioritariamente para a “cobertura” do sistema, ou seja, permanecem focadas, sobretudo, na extensão do acesso àquela população, sem, contudo, envolver a consideração tecnológica devida, reforçando um caráter de classe associado à conceituação da atenção primária à saúde”.

Magalhães Junior & Pinto⁴⁸, com dados do primeiro ciclo do PMAQ (completado em 2012), mostram como a atenção básica à saúde ainda não consegue efetivamente atuar como coordenadora do cuidado:

*“O PMAQ também perguntou sobre a frequência do contato que os profissionais da atenção básica mantinham com os da atenção especializada para troca de informações relacionadas ao cuidado. Apenas 15% disseram que faziam isso ‘sempre’. Outros 52% responderam ‘algumas vezes’ e expressivos 33% responderam ‘nunca’. Quando a pergunta a esse mesmo profissional foi invertida, ou seja, qual a frequência que os profissionais da atenção especializada comunicavam com eles, os números pioraram: o ‘sempre’ caiu para apenas 6%; ‘algumas vezes’ chegou a 42%; e ‘nunca’ atingiu expressivos 52%”*⁴⁸ (p. 22).

Que tipos de arranjos seriam possíveis e necessários para uma coordenação mais sistêmica do cuidado, combinando o fortalecimento de processos microrregulatórios locais, de cada UBS, com o trabalho das centrais de regulação e o controle social? Ou seja, que caminho percorrer entre a situação atual, de baixíssima capacidade de coordenação, para uma maior habilitação para essa imprescindível função da atenção básica à saúde como centro de comunicação e coordenação?

Em outras palavras: que estratégias para promover a transição da situação atual – de inserção em boa medida ainda marginal da atenção básica e desconectada funcionalmente dos equipamentos de maior densidade tecnológica no SUS – para a sua projetada capacidade de promover o cuidado mais integral e longitudinal do cuidado, realizando-se, enfim, sua grande promessa do projeto da Reforma Sanitária?

Não adianta ficar repetindo como mantra que a “atenção básica à saúde deve ser a coordenadora do cuidado” se não forem pensadas estratégias objetivas para superar o fato de que a atenção básica à saúde não reúne, hoje, condições materiais e simbólicas para funcionar como o centro de comunicação entre os vários pontos que compõem as complexas redes de cuidado³⁷.

Um estudo recente da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) deu visibilidade para o que foi denominado de “mapas do cuidado” dos usuários, qual seja, o conjunto de pontos do(s) sistema(s) de saúde, público ou privado, sejam serviços e/ou os profissionais, que são procurados quando as pessoas necessitam de cuidados. Em síntese, a pesquisa mostrou como as pessoas vão compondo de modo criativo, por tentativa e erro, seus “mini-sistemas de saúde” nos interstícios dos sistemas de saúde formal, sejam eles público ou privado, e que não são simples decalques ou reprodução em miniatura,

por exemplo, da lógica de funcionamento do SUS⁴⁹.

Uma melhor compreensão e escuta das equipes da atenção básica à saúde sobre os mapas de cuidado das pessoas poderia ser uma prática capaz de reconhecer e valorizar esses micromovimentos de engate da atenção básica à saúde ao sistema, que afinal, vão resultando em múltiplas redes de atenção invisíveis para os gestores.

Em nossa opinião, algumas iniciativas poderiam aumentar a capacidade de regulação e funcionamento da atenção básica à saúde como centro de comunicação e coordenação do cuidado no sistema de saúde. Primeiro, fortalecer os mecanismos microrregulatórios locais, dando mais autonomia e resolutividade para as equipes^{34,50}. Outra medida seria criar instâncias reguladoras locais com representantes da atenção básica à saúde e dos serviços especializados públicos, de representantes dos usuários e, quando for o caso, de prestadores privados. Tais instâncias reguladoras teriam um funcionamento regular como câmaras técnicas, instrumento inovador da gestão em saúde. Idealmente seria interessante adotar elementos da educação permanente para a formação dos membros dessa instância reguladora, partindo-se sempre de “estudos de caso” que evidenciassem dificuldades de usuários de conseguir a integralidade do cuidado. Terceiro, e por fim, incorporar no funcionamento das equipes a escuta ou reconhecimento dos mapas do cuidado dos usuários, como apontado antes, para buscar, com base no reconhecimento dos fluxos reais utilizados e produzidos pelos trabalhadores e usuários, o aperfeiçoamento da regulação governamental/formal.

Quarto apontamento: o desafio de se produzir um novo trabalhador de saúde

Um lugar em que quase toda discussão sobre as dificuldades de se implantar uma atenção básica à saúde resolutiva e qualificada desemboca é a constatação de que parece não existir os trabalhadores com “perfil” e qualificação necessários para implantar a política de saúde do modo que ela foi pensada.

Lembramos aqui, de saída, os médicos, que parecem atualizar sem parar o modelo biomédico, mas podemos citar os coordenadores municipais e os gerentes locais que quase nunca conseguem realizar a tarefa de fazer a mediação (a “tradução”) da grande política para os cotidianos das equipes. Há também os enfermeiros que frequentemente parecem ter dificuldade em reinventar suas práticas na atenção básica à saúde, e os dentistas que insistem em práticas individuais, curativas em seus consultórios, e os psicólogos etc.

O duplo desafio do SUS foi, desde sempre, construir a política e, ao mesmo tempo, os atores para a política. É como se houvesse um vazio de atores para a política, pelo menos como ela é pensada em toda a sua complexidade. E não cessamos de idealizar um “trabalhador moral”, ou seja, aquele que seria como uma folha em branco, sobre o qual seria possível imprimir as diretrizes da política⁵¹. No fim, a solução apontada é quase sempre capacitações e mais capacitações, ou a tão sonhada reforma curricular e a formação do profissional dos sonhos, tarefa nada fácil apesar de investimentos e reconhecidos avanços nos últimos anos.

Mas, enquanto isso, o que fazer? Pensamos que o Ministério da Saúde indicou, nos últimos anos, alguns caminhos de intervenção que nos parecem bem interessantes, como os processos de educação permanente em serviços; modelos de gestão mais participativos, fortemente ancorados na ideia de cogestão; e ainda, uma ideia muito inovadora que é a figura do apoiador, com suas atribuições (nada simples) terapêutico-pedagógicas junto às equipes. São dispositivos da política que mereceriam uma análise mais aprofundada.

Apenas como provocação para o debate registramos que tais propostas – práticas efetivas de cogestão, educação permanente e apoio – encontram como maior dificuldade para sua execução exatamente um vazio de atores capacitados para executá-las. Ou seja, o SUS precisa produzir atores (os formadores), para produzir os atores que vão produzir a nova política!

Um processo que leva tempo e requer muitos investimentos. Essas apostas, de clara inspiração emancipatória, de caráter contra-hegemônico aos modos tradicionais de se fazer a gestão, infelizmente, estão longe de se consolidar como alternativa real de gestão. Por outro lado, propostas de caráter mais funcionalista e funcionalizante estão sempre presentes, disputando sentidos para a gestão do SUS, nessa permanente arena de disputas de sentidos que é a construção das políticas públicas.

Considerações finais

A finalização deste ensaio coincidiu com a publicação da nova PNAB ⁵², em setembro de 2017, que consolida algumas normas instituídas desde 2011, incorpora referenciais utilizados pelo Ministério da Saúde e faz outras mudanças significativas. Mantém, entretanto, o caráter extenso, homogeneizador e prescritivo para os serviços e o cuidado, ainda que sob a égide de recomendações.

Para além disso, percebe-se a ênfase dada a duas dimensões que não estariam devidamente contempladas na PNAB 2011: a organização do componente atenção básica na Rede de Atenção à Saúde e a relação da atenção básica com a vigilância em saúde, expressa na redefinição conceitual contida na portaria. Temas, entretanto, que ficam subsumidos ou se restringem a prescrição de ações para a organização da atenção básica, numa relação de exterioridade à produção de uma rede viva e de ações tradicionais de vigilância epidemiológica.

Uma leitura crítica da nova PNAB indica três questões nebulosas. A primeira, a regulamentação e valorização do modelo de atenção básica tradicional, por meio de equipes de atenção básica, compostas por médicos, enfermeiros e auxiliares ou técnicos de enfermagem, sem a obrigatoriedade de agentes comunitários de saúde (ACS), que poderão se somar ou substituir as ESF. Poderão ter, em sua composição, carga horária mínima por categoria profissional de dez horas, com no máximo três profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais. A nova norma poderá resultar em uma maior flexibilização das jornadas dos médicos, mais fragmentação do processo de trabalho e menos vínculo entre usuários e a equipe, comprometendo a coordenação e a longitudinalidade do cuidado. Deve-se considerar que o reconhecimento (leia-se financiamento) do modelo tradicional de atenção básica é a antiga reivindicação dos gestores dos municípios de médio e grande porte das regiões Sul e Sudeste, que contam com baixa cobertura da ESF e resistem à conversão do modelo tradicional de atenção básica para ESF. Portanto, a ampliação de recursos para atenção básica, se ocorrer, pode ser concentrada nesses municípios e regiões.

A segunda questão é o fim da obrigatoriedade de cobertura com ACS para 100% da população, que só será exigida para populações vulneráveis, baseando-se em critérios definidos pelo gestor municipal. Não haverá número mínimo de ACS por equipe. Unifica-se o território de atuação e de competências comuns aos ACS e agentes de controle de endemias. Mudanças que aparentam maior autonomia e respeito à diversidade locorregional, mas que se impõem por pressões de outra ordem: a ampliação dos gastos dos municípios sem contrapartida financeira das demais esferas de governo a partir da regulamentação do Piso Nacional de Salário dos ACS/agentes de combate às endemias (ACE). Com a crise econômica, é possível prever impactos significativos na cobertura de ACS/ACE a partir da nova PNAB.

A terceira questão diz respeito à preconização de dois padrões de atenção básica: essenciais e ampliados. O primeiro, relativo às “ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na atenção básica”. O segundo, as “ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na atenção básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde”. O que se pretende com distintos padrões de atenção básica? Estará essa formulação articulada aos movimentos em curso, capitaneados pelo próprio Ministro, para a ampliação do mercado de clínicas privadas populares? Ainda mais quando, sob auspícios do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ⁵³, propõe-se a criação de planos “acessíveis ou populares” de baixo custo para as parcelas mais amplas da população como forma de aliviar a pressão sobre o SUS.

Não se tem ainda estudos ou projeções dos possíveis impactos de tal medida. Os mapas do cuidado de muitos usuários mostram, com clareza, como as pessoas, sempre que podem, tentam compor um cuidado mais integral e já fazem um *mix* público-privado, pelo menos nas regiões Sul e Sudeste onde a presença dos planos é bastante expressiva. Estudos realizados pela Unifesp mostram as grandes deficiências dos planos de saúde que, perante situações mais graves de saúde, simplesmente abandonam as pessoas quando elas mais precisam, cuja saída é, exatamente, recorrer ao SUS ⁵⁴. Tendo em vista a ainda não alcançada coordenação do cuidado pela atenção básica à saúde, as pessoas circulariam por dois subsistemas sem contatos formais entre si, sobrando para elas, cada vez mais, a gestão solitária de seu próprio cuidado.

Deve-se considerar, ainda, aqueles extratos mais pobres da população e os desempregados que dificilmente conseguirão comprar um plano de saúde, ainda que “popular”, resultando em mais iniquidade no SUS. O achado do estudo, portanto, não valida a tese privatizante e não pode ser uma justificativa para a proposta dos planos de saúde populares.

Construir uma rede de atenção básica à saúde segue sendo o elemento central do projeto da Reforma Sanitária brasileira, uma espécie de balizador das mudanças necessárias à construção de um sistema de saúde público universal capaz de produzir uma alternativa ao modelo médico hegemônico, e suas poderosas articulações intra e extrassetor saúde, o que resultaria em novos modos de se produzir o cuidado e promover a vida. Projeto ambicioso esse que, a um só tempo, deverá produzir um novo tipo de trabalhador para operá-lo e, ao mesmo, reformar os modos de funcionamento da rede de serviços de atenção básica à saúde, almejando uma verdadeira revolução no paradigma centralizador e normalizador que o Ministério da Saúde opera há décadas.

Isso posto, seria dizer que para a atenção básica à saúde alcançar outro patamar de funcionamento e inserção no sistema de saúde seriam necessárias três transformações importantes que funcionassem de modo sinérgico entre si: a produção de um novo trabalhador; a experimentação de um novo paradigma de gestão do Ministério da Saúde; e outro desenho de articulação da atenção básica à saúde com a rede de serviços, garantindo-lhe um protagonismo de novo tipo.

O ideal de se ter um “novo trabalhador do SUS” parece-nos o mais desafiador, transformação que, certamente, seria a mais impactante no funcionamento do sistema de saúde. A experimentação de processos de educação permanente, adotada como estratégia central do Ministério da Saúde desde a década passada, parece não ter dado os resultados esperados, pelo menos em escala nacional, pela razões apontadas antes, mas continua a ser uma proposta a ser reforçada e batalhada.

Quanto à experimentação de um novo paradigma de gestão do Ministério da Saúde, sugerimos que ele seja mais descentralizado, com critérios de avaliação que considerem a diversidade do território nacional; desvincule o repasse de recursos financeiros à adoção de “pacotes” de ações programáticas, deixando para os níveis locais a definição de suas políticas; abandone de vez modelos de avaliação muito complexos e “consumidores de energia e recursos”, como o PMAQ, substituindo-o por instrumentos de avaliação mais simplificados e de fácil aplicação; e utilização dos resultados pelas equipes locais, entre outras medidas.

Por fim, há muito a ser caminhado na direção da rede de atenção básica ser a ordenadora do cuidado e centro de comunicação do sistema. O fortalecimento de processos microrregulatórios locais é a estratégia necessária, mas insuficiente. Uma possibilidade seria a criação de arranjos mais complexos, envolvendo diferentes serviços e atores locais, algo como “grupos de trabalho” de caráter executivo, que teriam como estratégia gerencial (e de formação de seus membros) processos de educação permanente com base em determinadas situações/problemas, que apontassem novos caminhos e circuitos de pessoas dentro do sistema de saúde, transformados paulatinamente em novos modos de articulação e continuidade do cuidado, tendo como referência principal, mas não única, a equipe da atenção básica.

Mesmo considerando que outras variáveis seguem se movendo e influenciando esse complexo campo (subfinanciamento, mudança de perfil epidemiológico, crise econômica e empobrecimento da população, o surgimento de um “novo usuário” mais atento e demandante etc), defendemos, e como forma de conclusão, que esses quatro apontamentos deveriam ocupar um lugar de destaque em uma agenda de investigações, de intervenções institucionais e produção compartilhada do conhecimento com todos os atores que, de um modo ou de outro, estejam envolvidos no aperfeiçoamento e avanços da atenção básica no nosso país.

Colaboradores

L. C. O. Cecílio foi o responsável pela concepção do texto, e em conjunto com A. A. C. Reis pela redação do artigo. A. A. C. Reis contribuiu com a revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. L. C. O. Cecílio e A. A. C. Reis compartilharam a aprovação final da versão a ser publicada e são os responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Agradecimentos

Aos encontros com trabalhadores e gestores do SUS que nos proporcionaram as reflexões contidas no presente ensaio.

Referências

1. Starfield B, Shi L, Macinko, J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83:457-502.
2. Phillips Jr RL, Bazemore AW. Primary care and why it matters for U.S. health system reform. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29:806-10.
3. Oliveira FP, Viana T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu Online)* 2015; 19:623-34.
4. World Health Organization. Health system in transition, United States of America: health system review. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf (acessado em 20/Set/2014).
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf (acessado em 20/Set/2014)
6. World Health Organization. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
7. Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. p. 563-613.
8. Mendonça CS. Sistema Único de Saúde: um sistema de saúde orientado pela atenção primária. In: Organização Pan-Americana da Saúde, organizador. *Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. p. 23-36
9. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:1499-1509.
10. Malta DC, Siqueira M, Stopa SR, Sanchez CR, Szwarcwald CL, Barroso J, et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:327-38.
11. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA, et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19:343-52.

12. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18:221-32.
13. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Sena MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 21:164-76.
14. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:669-81.
15. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
16. Jornal Folha de S. Paulo. Planos de saúde particulares adotam programas de medicina da família. *Caderno Cotidiano*. <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/07/1491848-planos-de-saude-particulares-adotam-programas-de-medicina-da-familia.shtml> (acessado em 27/Jul/2014).
17. Presidência da República. Lei Federal nº 2.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
18. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
19. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Histórico de cobertura da saúde da família. http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php (acessado em 19/Jun/2017).
20. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health* 2009; 99:87-93.
21. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. *Pediatrics* 2010; 126:e534-40.
22. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health* 2010; 10:380.
23. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais. Avaliação do impacto das ações do Programa de Saúde da Família na redução das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica em adultos e idosos. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3261.pdf> (acessado em Mar/2012).
24. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
25. Souza MFS, Franco MS, Mendonça AVM. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. Campinas: Saberes Editora; 2014.
26. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377:1778-97.
27. Chioro dos Reis AA, Soter APM, Furtado LAC, Pereira SSS. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. *Saúde Debate* 2016; 40(N. Especial):122-35.
28. Puccini PT. Análise do financiamento do Sistema Único de Saúde: o caso da Região Metropolitana de São Paulo, 2016. <http://www.paulo.puccini.blogspot.com> (acessado em 27/Jul/2014).
29. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. (Nota Técnica, 28). http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf (acessado em Set/2016).
30. Soter AP, Moretti B. Análise preliminar dos efeitos da vedação do crescimento real das despesas federais e o comprometimento da universalidade do SUS. In: *Anais do Encontro Nacional de Economia da Saúde*, 2016. http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/analise_preliminar_dos_efeitos_da_vedacao_do_crescimento_real_das_despesas_federais_e_o_comprometimento_da_universalidade_do_sus.pdf (acessado em 29/Set/2016).
31. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1171-81.
32. Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção básica e atenção primária: origens e diferenças conceituais. *Rev APS* 2009; 12:204-13.
33. Cecilio LCO, Carapinheiro G, Andreatza R, Souza ALM, Andrade MGG, Santiago SM, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:1502-14.
34. Oliveira LA, Cecilio LCO, Andreatza R, Araujo EC. Processos microrregulatórios em uma unidade básica de saúde e a produção do cuidado. *Saúde Debate* 2016; 408-21.
35. Chioro dos Reis AA, Bertussi DC, Fuentes ICP. A gestão do cuidado na rede de saúde em São Bernardo do Campo: enfrentando desafios e tecendo novos arranjos. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM, organizadores. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes Editora; 2014. p. 206-42.

36. Chioro dos Reis AA. Cartas sanitárias: um instrumento para o processo de planejamento participativo e de gestão estratégica de serviços básicos de saúde [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2001.
37. Cecilio LCO, Andreazza R, Carapineiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17:2893-902.
38. Sousa Campos GW, Pereira Júnior N. A atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2655-63.
39. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015; 20:3547-52.
40. Langer BC, Scariot CM, Marcondes Neto F. São Gabriel do Oeste- MS e Ministério da Saúde melhorando a qualidade de vida da população. In: Sousa MFS, Franco MS, Mendonça AVM, organizadores. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes Editora; 2014. p. 243-64.
41. Mendonça FF, Mattos LFA, Oliveira EBD, Domingos CM, Okamura CT, Carvalho BG, et al. Participação dos municípios de pequeno porte no Projeto Mais Médicos para o Brasil na macrorregião norte do Paraná. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2907-15.
42. Organização Pan-Americana da Saúde. *Atenção à saúde em municípios de pequeno porte do Maranhão. Efeitos do Programa Mais Médicos*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2016. (Série Estudos de Caso Sobre o Programa Mais Médicos 4).
43. Organização Pan-Americana da Saúde. *Estudo de caso do Programa Mais Médicos no Rio Grande do Norte: caminhos percorridos, produções e criações de conhecimento no Semiárido Potiguar*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2016.
44. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
45. Chioro dos Reis AA, Soter APM, Furtado LAC, Pereira SSS. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017; 22:1045-54.
46. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017; 22:1141-54.
47. Ministério da Saúde. *Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
48. Magalhães Junior HM, Pinto HA. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia. *Divulg Saúde Debate* 2014; 51:14-29.
49. Cecilio LCO, Carapineiro G, Andreazza R, organizadores. *Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 2014.
50. Barbieri FA, Cecilio LCO. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. *Saúde Debate* 2015; 39:184-95.
51. Cecilio LCO. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface Comun Saúde Educ* 2007; 11:345-51.
52. Ministério da Saúde. Portaria nº 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. *Diário Oficial da União* 2017; 22 set.
53. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.482, de 4 agosto de 2016 que institui o grupo de trabalho para discutir o projeto de Plano de Saúde Acessível. *Diário Oficial da União* 2016; 5 ago.
54. Meneses CS, Cecilio LCO, Andreazza R, Araújo EC, Cuginotti AP, Chioro dos Reis AA. Os usuários e a transição tecnológica no setor de saúde suplementar: estudo de caso de uma operadora de plano de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18:57-66.

Abstract

In recent decades, Brazil has witnessed a proposal to create an extensive basic health care network as the main portal of entry to a universal public health system. Based on the recognition of consistent strides in that direction, the article addresses four issues on some important challenges for the consolidation of the basic health care proposal: (1) the use of the term “basic health care” as opposed to the usual, hegemonic concept of “primary health care”; (2) the disconnect or mismatch between the policy’s wording and its real-life implementation, underscoring the need for a review of the Brazilian National Basic Health Care Policy (PNAB), which centralizes and standardizes rules and routines for the entire country while overlooking Brazil’s continental dimensions, heterogeneity, and wide local diversity; (3) the isolation of basic health care and its peripheral position in the health system, pointing to the need for more complex arrangements in the coordination of care, not left merely under the organization and responsibility of basic health care; and (4) the lack of health policymakers, administrators, and professionals who are prepared and aligned with a project aimed at transforming the country’s prevailing health care model.

Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Systems; Policy Making

Resumen

Se ha consolidado en Brasil, en las últimas décadas, la propuesta de creación de una extensa red de atención básica a la salud, como la principal puerta de entrada hacia un sistema público de salud universal. Partiendo del reconocimiento de los consistentes avances conseguidos en tal dirección, el presente artículo presenta cuatro apuntes sobre algunos desafíos para la consolidación de tal proyecto: (1) ¿por qué adoptar “atención básica en salud” en contraposición al uso hegemónico y consagrado de “atención primaria en salud”?; (2) la desconexión o descompás entre la formulación de la política y su implementación real, lo que apunta a la necesaria revisión del proceso de formulación de la Política Nacional de Atención Básica (PNAB), que está centralizado y define reglas, rutinas y lógicas estandarizadas para todo el país, sin considerar sus dimensiones continentales, la heterogeneidad y gran diversidad de municipios; (3) el aislamiento de la atención básica a la salud y su inclusión periférica, en relación con el sistema de salud, lo que apunta a la necesidad de marcos de coordinación sobre los cuidados a la salud más complejos, que no estén bajo la ordenación y responsabilidad solamente de la atención básica a la salud; (4) la insuficiencia de gestores, gerentes y trabajadores preparados y adheridos a un proyecto transformador del modelo asistencial vigente en nuestro país.

Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Sistemas de Salud; Formulación de Políticas

Recebido em 05/Abr/2017

Versão final reapresentada em 02/Out/2017

Aprovado em 30/Nov/2017