

Atenção primária à saúde no Brasil e os 40 anos de *Alma-Ata*: reconhecer os desafios para seguir adiante

Patty Fidelis de Almeida ¹

doi: 10.1590/0102-311X00136118

Os três artigos que compõem este *Espaço Temático* revisitam antigos, porém persistentes, desafios para a consolidação da atenção primária à saúde no país. Ao mesmo tempo, fazem uma defesa intransigente de um sistema de saúde público, universalmente acessível, constituído sob bases sólidas de uma atenção primária à saúde integral e integrada.

Na ocasião da comemoração dos 40 anos da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na qual produziu-se a *Declaração de Alma-Ata*, e da incontestável expansão da rede de atenção básica no Brasil operada majoritariamente por equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), Cecilio & Reis debatem grandes temas pendentes, que tornam o projeto de uma atenção primária à saúde forte ainda inconcluso: “o que faltaria para o sucesso dessa política, para a sua implantação efetiva?”, perguntam nos os autores, gerando um profícuo debate à luz das considerações de Giovanella e Medina. Reconhecendo os constrangimentos impostos pelo financiamento federal, incapaz de garantir alocação suficiente de recursos para atender com equidade às necessidades em saúde prioritárias, e pela insuficiência de médicos, problema parcialmente respondido pelo Programa Mais Médicos, um conjunto de apontamentos serve de trilha para uma reflexão sobre a nossa atenção primária/atenção básica à saúde e seus possíveis e prováveis retrocessos a partir da nova revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

No campo da formulação, no percurso que vai da PNAB 2006 a 2013, políticas nacionais buscaram responder a problemas para a consolidação da atenção primária à saúde, ainda que de forma incremental. A PNAB 2011, por exemplo, fortaleceu a centralidade da atenção primária à saúde na rede, atualizou e ampliou as funções dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, reconheceu as especificidades para a composição de equipes que respondessem às necessidades das populações de rua e das populações ribeirinhas, e timidamente sinalizou alguma possibilidade de institucionalização de uma ação intersetorial por meio do Programa Saúde na Escola, uma das lacunas de uma concepção abrangente de atenção primária à saúde. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Programa Mais Médicos, que incorporou as ações do Requalifica UBS (Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde), associado à provisão emergencial de médicos e a mudanças na formação (eixo sob maior ameaça), davam direcionalidade e convergiam na direção de uma atenção primária à saúde mais robusta. Ainda que

¹ Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil.



insuficientes na capacidade de induzir mudanças no nível local, acenavam para uma direção convergente aos princípios solidários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Mesmo frente a problemas amplamente reconhecidos para o fortalecimento da atenção primária à saúde como a posição periférica no sistema de saúde e a formação e fixação de trabalhadores alinhados ao projeto transformador do SUS, a revisão da PNAB em 2017 em nada enfrentou tais desafios. Ao contrário, propôs passos (largos) para o passado. As especificidades sanitárias dos territórios evocadas para relativizar a cobertura populacional, o estabelecimento de carteira (mínima) de serviços, assim como a criação de equipes com dedicação parcial ao trabalho na atenção primária à saúde, sem dúvida, ferirão de morte qualquer proposição de coordenação, continuidade assistencial e vínculo, atributos tão caros e incontestes em qualquer proposição abrangente de atenção primária à saúde.

Talvez o maior descompasso da política de atenção primária à saúde esteja entre a implantação e as necessidades de saúde da população. A formulação da PNAB 2011 prevê uma atenção primária à saúde de portas abertas, resolutive para responder aos problemas de saúde mais frequentes, na qual o usuário se sinta acolhido e cuidado mesmo quando transita por outros pontos do sistema. Nesse tema, localiza-se uma das faces mais dramáticas do desamparo frente ao adoecimento, tratado pelo conjunto dos autores e autoras, em perspectivas que se complementam. É certo que a fragmentação do cuidado é um desafio para os sistemas de saúde em todas as partes, e que as políticas e ações são condicionadas pelo modelo de proteção social em saúde. Em países com sistemas de saúde segmentados e fragmentados, como na maior parte dos países latino-americanos, os problemas de ausência de coordenação se somam a não garantia do acesso à retaguarda terapêutica. Como bem destaca Cecilio et al.¹ em outra produção, a impotência das equipes de atenção primária à saúde em garantir continuidade assistencial na relação com os outros níveis mina a avaliação que os usuários fazem da atenção primária à saúde. Ao reconhecerem sua impotência, partem em trajetória solo.

Um dos principais *mix* executados pelos usuários na busca por cuidados – o público-privado – certamente implica gastos catastróficos, quanto mais graves e maiores são as vulnerabilidades. Essa busca, por vezes direcionada pelos próprios trabalhadores da saúde diante da expectativa do não acesso e por reconhecidas falhas dos sistemas regulatórios em garantir prioridade clínica, transparência e atenção oportuna, provoca rupturas perigosas, muitas vezes intencionalmente produzidas. Além da drenagem de recursos públicos para a rede privada, o *mix* assistencial público-privado, geralmente para consultas ambulatoriais e apoio diagnóstico, introduz mais um grau de fragmentação ao sistema, de ordem simbólica. Usuários acessam serviços de saúde com entrada direta via especialistas, em um modelo que se distancia da perspectiva de uma atenção primária à saúde abrangente e condutora do sistema.

Outro *mix*, igualmente danoso, tanto no caso dos agravos crônicos quanto na demanda espontânea não atendida pela atenção primária à saúde, é aquele composto pela busca de porta de entrada pelas emergências e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), que compõem a teia de cuidados tecida pelos próprios usuários. Nesse ponto, destaca-se uma questão fundante. A atenção primária à saúde só será integral se parte das redes regionalizadas, ainda a serem traçadas, efetivadas e reconhecidas pelos profissionais e demais pontos de atenção que compõem o sistema de saúde. Processos mais autônomos de produção do cuidado só terão possibilidade de existir frente à garantia do acesso via SUS, com qualidade e oportunidade.

De certo, advoga-se maior centralidade do usuário. Talvez um aspecto pouco considerado pelo marco normativo e até pelas produções relacionadas à coordenação do cuidado seja o papel ativo dos usuários na construção de seu plano terapêutico. Êxitos e falhas na coordenação do cuidado são percebidos em diferentes perspectivas. Para usuários e famílias, a coordenação é qualquer atividade que colabore para garantir que suas necessidades e preferências, o compartilhamento de informações e os pontos de atenção (em saúde e no território), possam convergir e o cuidado seja experimentado de forma contínua. Para os profissionais de saúde, a coordenação incorpora ações centradas no paciente, na família e no trabalho em equipe, planejadas para atender às necessidades dos usuários, enquanto os ajuda a navegar com efetividade e eficiência pelo sistema de saúde ². Algumas inovações podem contribuir para a melhor coordenação, contudo, a forma como o sistema de saúde está organizado pode facilitar ou impedir avanços. Nesse sentido, afirma-se que a mais eficiente estrutura para promover a coordenação do cuidado são sistemas de saúde com forte base de atenção primária à saúde, nos quais provedores e usuários, conscientemente, assumem a responsabilidade pela coordenação do percurso terapêutico ^{3,4}.

Longe de ser um convite ao desalento, a reflexão sobre os desafios a serem enfrentados é uma afirmação de que a nossa atenção primária à saúde, sobretudo em sua modelagem ESF, com suas contradições e incompletudes, é o caminho que mais nos aproximou de uma formulação e implementação de política pública de saúde desmercadorizada, afeita aos princípios de justiça social impressos na *Declaração de Alma-Ata*. Os desafios a serem enfrentados em nada diminuem o reconhecimento de seu êxito em tornar concreto o SUS, na experiência cotidiana dos milhares de usuários que reconhecem a atenção primária à saúde como fonte regular de cuidados, como demonstram diversos estudos mencionados pelos autores e autoras. Em tempos não de ameaças, mas de ações concretas e institucionais para seu desmonte, não há espaços para vazios e hesitações, mas para a defesa contundente de uma atenção primária à saúde forte, pilar de um sistema público de saúde sustentável, eficaz, equitativo, eficiente e acessível, o que deve se refletir na formulação e implantação da política de saúde.

-
1. Cecilio LCO, Andrezza R, Carapinheiro 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.
 2. McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lonhart J, Sundaram V, et al. *Care coordination atlas version*. Rockville: AHRQ Publication; 2014.
 3. Bodenheimer T. Coordinating care – a perilous journey through the health care system. *N Engl J Med* 2008; 358:1064-71.
 4. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, organizadores. *Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia*. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.