

mária à Saúde. Por sua vez, o grau de segmentação dos sistemas de saúde condiciona as possibilidades de implementação de uma Atenção Primária à Saúde abrangente. Assim, na maior parte dos países da América Latina, a cobertura é segmentada, convivendo esquemas diferenciados com importantes desigualdades no acesso, e a atenção primária é incorporada apenas no setor público com programas seletivos.

No caso do Brasil, a situação é mais complexa, pois nosso sistema formalmente universal expandiu cobertura para amplas parcelas populacionais antes sem acesso, com oferta diversificada de serviços, ainda que insuficiente. Convive, contudo, com esquemas privados de seguros para camadas médias, produzindo segmentação, o que lhe confere, de certo modo, uma dualidade. De outra parte, a extensão da população brasileira coberta pelo SUS e que utiliza seus serviços não pode ser tipificada como residual. Todavia, a abrangência da cesta a ser garantida pelo sistema público está sempre colocada em questão. Assim, a seletividade e a focalização subentendidas nas propostas de Atenção Primária à Saúde para países periféricos permitem entender o atual interesse que o Banco Mundial demonstra ao apoiar a expansão de programa de atenção primária no país.

Outro aspecto que quero destacar é a importância da Atenção Primária à Saúde no cuidado de portadores de doenças crônicas, no qual a coordenação e a longitudinalidade, atributos de uma Atenção Primária à Saúde robusta, como proposto por Starfield³, são qualidades assistenciais imprescindíveis para garantia da adesão e continuidade do cuidado. Assim, o recente processo de renovação da Atenção Primária à Saúde, impulsionado pelas agências multilaterais em saúde, pode ser uma oportunidade de tencionar necessárias mudanças no modelo assistencial, produzindo estratégias de cuidados menos invasivas e mais dialógicas com produção de autonomia para os sujeitos como suportado pelo “eixo democrático/participativo” da Atenção Primária à Saúde. Entretanto, a reorganização do sistema de saúde com fortalecimento do papel da Atenção Primária e exercício da função de coordenação pelo profissional/equipe de Atenção Primária à Saúde implica em credibilidade desse profissional/equipe frente aos pacientes e outros prestadores, o que, como bem apontado por Connill, depende de mudanças culturais e na formação desses profissionais. Como afirma a autora, é a dinâmica dos atores sociais, sujeitos das relações no cotidiano assistencial, que reproduz ou cria novos modelos assistenciais.

1. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health* 2004; 94:1864-74.
2. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:951-63.
3. 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.

Amélia Cohn

*Faculdade de
Medicina,
Universidade de
São Paulo,
São Paulo, Brasil.
amelcohn@usp.br*

Os princípios do Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica (Programa Saúde da Família): o perigo mora ao lado

O ensaio traz, no seu desenrolar, questões das mais relevantes e atuais para a reflexão sobre essa rara articulação entre dar-se prioridade à atenção básica, entendida como uma estratégia para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), identificada com o Programa Saúde da Família (PSF), e suas implicações práticas. Daí porque deixar que o meu viés de leitura do texto prevaleça de forma explícita.

Uma primeira observação é que todo o encaminhamento da argumentação da autora, que, num primeiro momento, recupera (de maneira muito feliz) a trajetória da Atenção Primária enquanto proposta de reforma setorial, para depois resgatar experiências internacionais, para, por fim, discutir a questão brasileira, vai menos no sentido de se constituir num ensaio teórico-conceitual e muito mais no sentido de argüir (embora não seja esse o tom do texto) as implicações propriamente políticas de se adotar um programa de atenção básica (o PSF) como estratégia de implantação dos preceitos da reforma sanitária brasileira.

Mas, em assim sendo, mais uma vez a autora foi feliz ao pontuar uma das maiores falências, a meu ver, da seqüência da dinâmica da reforma sanitária brasileira a partir dos anos 90: “*o vazio programático para a questão assistencial no SUS*”, associado aos atrativos políticos que um programa (no caso o Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS) representa(va), posteriormente tendo seu arcabouço refinado com a proposta do PSF.

Por outro lado, ela também aponta que um estudo de caso de municípios cariocas constatou

que a ação setorial focalizada, realizada pelo PSE, não pareceu ser capaz de alterar a perversa dinâmica da “lei do cuidado inverso”, ou seja, imprimir avanços na promoção da equidade do acesso à atenção à saúde.

Fiquemos, neste momento, com esses dois pontos. O vazio programático da questão assistencial no SUS vê-se traduzido, nos debates acadêmicos e na agenda pública, no tema (em suas várias vertentes) da racionalização do sistema de oferta de serviços de saúde, seu financiamento e seus custos. Complementarmente, a equidade e a universalidade, associadas à integração da rede de serviços por níveis de complexidade, buscam dar conta da outra ponta: a defesa dos princípios da reforma sanitária que se materializaram institucionalmente no SUS. Nessa dimensão, verifica-se um dos perigos presentes nas encruzilhadas nebulosas que se apresentam para o avanço da proposta sanitária formulada nos anos 70, 80 e 90: ao se assumir o PSF como uma *estratégia* de mudança do modelo assistencial brasileiro, esvazia-se, paradoxalmente, a dimensão da política e tende a tomar seu lugar a dimensão técnica na busca de avaliação, monitoramento e aperfeiçoamento desse modelo.

Já no que diz respeito ao segundo ponto, a baixa capacidade que a estratégia assumida revelou para reverter a “lei do cuidado inverso”, ela se configura como conseqüência natural do primeiro, exatamente pelo esvaziamento da dimensão da sua política, e também da sua dimensão social, nos esforços para se preencher esse “vazio programático da questão assistencial do SUS”. E ao se perderem essas duas dimensões, vários temas são relegados pela agenda do debate público. Dentre eles, agora de forma crítica, pode ser salientada a ausência de um debate vigoroso sobre as implicações de se assumir, como política prioritária de saúde, uma estratégia formulada exatamente para um perfil de atenção à saúde que é o exato oposto do ideário que inspirou e fundamentou o SUS. Num movimento paradoxo, é como se, na ausência da dimensão da política na concepção e implementação da atenção básica no país, a simples “vontade política” e “criatividade brasileira” fossem suficientes para, num passe de mágica, arregimentar os “homens e mulheres de boa vontade” para enfrentar todas as forças presentes que constroem exatamente a viabilidade da proposta de um SUS realmente democrático e que cristalice a saúde como um direito.

Mas o texto é instigante, ainda, por propor, de forma equilibrada e realista, a discussão da questão da atenção básica tendo, como estratégia, a saúde da família, embora francamente favorável, nas entrelinhas, à tese de que essa é uma estraté-

gia inquestionável, embora não necessariamente a única, para se atingir os objetivos do ideário sanitário. No entanto, ela deixa de tratar uma dimensão, a meu ver das mais importantes, sobretudo quando a sua preocupação é produzir um ensaio teórico-conceitual: a difícil articulação entre os “*determinantes da esfera macro e microsocial numa rede de fatores*”, com um perfil de complexidade não passível de ser resolvido, ou enfrentado, no âmbito do trabalho. Se a própria questão da articulação entre aquelas duas esferas demanda um esforço hercúleo para deslindá-la, o que não pode ser ignorado no caso da atenção básica é que, diante da ausência de propostas e projetos mais consistentes para a área da saúde e diante da complexidade daqueles grandes temas, o que se verifica é a proliferação de estudos e análises com traço acentuadamente empírico e de caráter micro, no geral, com a tônica na dimensão operacional do sistema de saúde e da própria atenção básica e, no outro extremo, de propostas que lançam mão de reflexões altamente abstratas e de cunho filosófico, quando não fortemente inspiradas no exoterismo, concorrendo, com isso, para o esvaziamento da discussão substantiva sobre os rumos e os novos significados que as políticas e programas de saúde vêm assumindo na atualidade. Mas é exatamente por esse “vazio programático”, por mim entendido como a ausência de formulação de uma proposta substantiva para o setor, que atualize e avance nas propostas do ideário sanitário formulado no último quartel do século passado, que a oportunidade do texto se reafirma.

Juan Gérvas

*Departamento de
Salud Internacional,
Escuela Nacional
de Sanidad, Madrid,
España.
jgervasc@meditex.es*

Atención Primaria, de la teoría a la práctica

La salud es un bien preciado, no un derecho. Lamentablemente, algunas constituciones ofrecen la salud como derecho, lo que crea graves confusiones. La salud depende de muchos determinantes y nadie puede “asegurarla” como derecho (y evitar la muerte). Las obligaciones de los poderes públicos respecto a la salud son: defensa de la salud (protección), incremento de la salud (promoción), evitación de enfermedades y de sus consecuencias (prevención) y organización de servicios clínicos (atención). Cuanto más cumplan estas cuatro obligaciones de política sanitaria, y más salud “produzcan” los poderes públicos, menos sanos se sentirán sus ciudadanos