

Atenção básica ou atenção primária à saúde?

Basic health care or primary health care?

¿Atención básica o atención primaria en salud?

Lígia Giovanella ¹

doi: 10.1590/0102-311X00029818

Certamente é muito oportuno o chamamento à reflexão sobre os desafios atuais da atenção básica à saúde, proporcionada pelos autores, com perguntas que tocam o cerne dos problemas atuais da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). A reflexão é oportuna pelo contexto de sérias ameaças ao SUS e à atenção básica por um governo ilegítimo, com política de ajuste fiscal draconiana e afronta aos direitos sociais, e também (por que não?) pela efeméride de comemoração em 2018 dos 40 anos da Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde de Alma-Ata.

Os autores reconhecem os diversos avanços da atenção básica e do SUS com impactos positivos no acesso, na redução de desigualdades e na melhoria da situação de saúde da população. Alertam para as atuais ameaças ao SUS decorrentes da definição de teto para gastos em saúde, com congelamento de despesas por vinte anos (apenas reajustadas pela inflação), com elevadas perdas de recursos para o SUS e agravamento do subfinanciamento, com pressão crescente sobre municípios.

Perguntam-se acerca do que faltaria para a implementação efetiva da atenção básica à saúde como eixo estruturante de um desejado SUS universal, público e de qualidade. Destacam quatro pontos que têm dificultado a consolidação desse projeto.

No primeiro apontamento, elucidam porque foi adotada “atenção básica à saúde” em contraposição ao uso hegemônico e consagrado de “atenção primária à saúde”. O emprego do termo “atenção básica à saúde” pelo Movimento Sanitário Brasileiro teria buscado uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária, com o objetivo de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada. Compartilho com os autores esse ponto de vista, destacado em trabalho anterior, ao considerar que, na formulação, a política brasileira buscou distanciar-se de uma atenção primária seletiva de cesta restrita e focalizada, concepção das mais difundidas no período ¹. Destaco, contudo, as imprecisões de ambos os termos, que podem corresponder a políticas muito distintas, com sérias implicações para a garantia do direito à saúde.

Os benefícios de sistemas de saúde sustentados por atenção primária à saúde de qualidade são reconhecidos internacionalmente, e há certo consenso entre formuladores de políticas de que a atenção primária deva ser fortalecida. No entanto, predominam imprecisões quanto ao seu significado e observam-se, na formulação e na implementação de políticas de atenção primária à saúde, abordagens em disputa ². A prioridade da atenção primária à saúde é evocada sob discursos díspares e abarca iniciativas por vezes contrapostas. As imprecisões conceituais decorrem das diversas

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

L. Giovanella
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Leopoldo Bulhões 1480, Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil.
giovanel@ensp.fiocruz.br



influências que incidiram sobre a atenção primária ao longo de décadas³. O artigo de Mello et al.⁴, citado pelos autores, retrata bem os processos históricos de construção dessas concepções e discute suas diferenciações.

A concepção de atenção primária à saúde em *Alma-Ata* contempla três componentes essenciais: acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social – três componentes caros ao SUS. Essa concepção abrangente de atenção primária à saúde, que o movimento da medicina social latino-americana cunhou como “atenção primária à saúde integral”⁵, coaduna-se com diretrizes do SUS de garantia do direito à saúde. Todavia, essa não foi a abordagem de atenção primária à saúde, em geral, implementada em nossa região. Incentivada por organismos internacionais, foi difundida uma abordagem “seletiva” de cesta de serviços “custo-efetivos” para pobres que Mario Testa⁶ bem referiu como “primitiva”, “medicina pobre para pobres”. Foi para se opor a essa concepção que se assumiu no SUS a denominação “atenção básica à saúde”. Não obstante, atenção básica pode também aproximar-se da ideia de “serviços básicos de saúde”, correspondente a uma cesta de serviços médicos restritos, que antecedeu a *Declaração de Alma-Ata*⁴, e que informou a proposta do PrevSaúde no final da década de 1970 e visava a ampliar a cobertura desses serviços no país.

Na literatura internacional, por vezes, diferencia-se também *primary health care* (correspondente à concepção integral de *Alma-Ata*) e *primary care* (atenção primária) para designar, nos países com sistemas públicos universais, os serviços de primeiro contato com atenção centrada em médicos generalistas⁷, o que leva alguns autores a questionar essa abordagem como *primary medical care*⁵. Essa concepção de atenção de primeiro nível diferencia-se da atenção primária à saúde seletiva, pois está, em geral, articulada a um sistema universal solidário. Ser a porta de entrada preferencial que garante atenção oportuna e resolutiva é componente imprescindível da atenção primária à saúde integral.

No Brasil, ainda que concordando com os autores de que existe certo consenso sobre o ideário de uma atenção básica estruturante de um SUS de qualidade, pode-se observar também uma tensão discursiva entre enfoques de nossa atenção básica/atenção primária à saúde, por vezes com contraposições entre “promoção/prevenção X cuidado; saúde coletiva X clínica; ações programáticas X demanda espontânea; orientação comunitária X serviço de saúde; necessidades populacionais X acesso oportuno; atenção médica generalista X multiprofissionalidade. Ademais, certamente, em sua origem, o Programa Saúde da Família (PSF) apresentava características de focalização, seletividade e inserção paralela à rede assistencial preexistente.

O debate conceitual sobre atenção primária/atenção básica à saúde permanece atual, dada a incorporação da cobertura universal de saúde na Agenda 2030 como meta de um dos *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável* (ODS) (meta 3.8 do ODS 3 “Saúde e Bem-estar”) e a atenção primária preconizada como estratégia para a cobertura universal. Os indicadores definidos pelo Banco Mundial e OMS em 2017 para monitorar a meta 3.8 e acompanhar a evolução da cobertura sugerem uma cesta mínima de serviços incluídos no proposto “índice de serviços essenciais” e centram-se em despesas *out-of-pocket*⁸. Há dubiedade quanto ao significado da universalidade almejada e do escopo da atenção primária à saúde pretendida. Há uma disputa entre garantir acesso universal com equidade conforme necessidades, independente da renda, em sistemas públicos universais de saúde como o SUS, e expandir cobertura com seguros focalizados (privados, públicos ou subsidiados) com cesta de cuidados básicos selecionados, cristalizando iniquidades. Na concepção de *universal health coverage* (UHC), universalidade corresponde à cobertura financeira por algum tipo de seguro e a um pacote de serviços, diferenciado conforme capacidade de pagamento. Nas propostas de UHC, a carteira de serviços é instrumento utilizado para definir oferta seletiva de procedimentos para a implementação de seguros focalizados.

Nesse contexto, reiteram-se abordagens seletivas da atenção primária à saúde para alcance de um universalismo básico, e precisamos estar atentos à defesa da expansão da atenção básica no SUS em uma concepção de atenção primária à saúde integral.

No segundo apontamento, os autores destacam um descompasso entre a formulação da política e sua implementação real, que seria decorrente de um processo centralizador e definidor de regras padronizadas, sem considerar a grande heterogeneidade e diversidade de municípios.

Argumentam com propriedade que as marcadas diferenças sociodemográficas e diversificadas características dos municípios, estrutura da oferta pública e privada, cobertura por planos de

saúde etc. exigem redes diversificadas de serviços básicos que respondam às necessidades de saúde loco-regionais. Argumentam que o Ministério da Saúde, embora no plano discursivo de seus técnicos reconheça essa diversidade, operaria em uma lógica homogeneizadora.

A profusão de portarias e normas certamente é um entrave à autonomia municipal para melhor responder às necessidades locais, e essa é uma discussão muito cara ao movimento dos secretários municipais de saúde. Não obstante, tendo acompanhado a construção do SUS nesses 30 anos, estou convencida de que o sucesso da expansão da atenção básica do SUS, no país, e das mudanças alcançadas, ainda que parciais, de modelo assistencial (com generalista, equipe multiprofissional, agentes comunitários de saúde (ACS), orientação comunitária, territorialização) decorre da continuidade da indução financeira do modelo Estratégia Saúde da Família (ESF), sustentada ao longo do tempo. Diversos estudos mostraram a superioridade do modelo saúde da família comparada à atenção básica tradicional. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reformulada em 2017 rompe com essa prioridade para a ESF, e provavelmente terá repercussões negativas no modelo, podendo afetar a saúde da população. Indução financeira federal é mecanismo fundamental para redução de heterogeneidades e desigualdades regionais e sociais, e para a promoção de equidade. Todos os sistemas públicos universais têm diretrizes para a garantia do direito à saúde com equidade e instrumentos de alocação de recursos para reduzir desigualdades regionais⁹. Nesse sentido, ampliar os repasses federais e estaduais com base em critérios populacionais e necessidades locais é crucial para a redução de desigualdades e para possibilitar autonomia da gestão municipal na resposta às necessidades locais. Ainda que as transferências federais para atenção tenham quase dobrado em termos Reais entre 2002 e 2016 (*per capita* total de R\$ 45 para R\$ 81), o Piso da Atenção Básica (PAB) fixo permaneceu em irrisórios 24 Reais por pessoa/ano. Urge majorar o PAB fixo para ampliar capacidades e autonomia das secretarias municipais de saúde para responder às necessidades locais. Manter a prioridade para a ESF significa ampliar o seu financiamento e melhorar o financiamento da atenção básica como um todo.

O processo recente de reformulação dos repasses financeiros para o SUS com o fim dos cinco blocos de custeio (atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do SUS), supostamente garantindo a ampla autonomia almejada por gestores, causa apreensão principalmente para os rumos da atenção básica. Em geral, nos países com sistemas nacionais de saúde que têm buscado fortalecer sua atenção primária, garante-se alguma proteção para seu financiamento frente à crescente pressão dos custos da atenção hospitalar e especializada. Ainda que se argumente que se trata apenas de agilização de fluxos financeiros, mantendo-se os processos orçamentários e aplicação conforme planos municipais de saúde, a atenção básica e também a vigilância em saúde podem ter seus recursos afetados por pressão dos outros níveis de atenção especializada e procedimentos de diagnose e terapia, em geral com um componente privado importante. Essa preocupação associa-se também ao contexto adverso em que a medida é aprovada, de importante contração de receitas municipais e vigência da *Emenda Constitucional nº 95*, de 15 de dezembro de 2016, que resultará em perdas de recursos para o SUS e aprofundamento de seu crônico subfinanciamento. Agiliza-se o fluxo financeiro de um montante congelado por vinte anos que seguiu a lógica da produção/oferta até o momento, e não a lógica das necessidades de saúde, o que implicaria distinto rateio e recursos adicionais.

Compartilho também a preocupação dos autores em seu terceiro apontamento: a dificuldade em superar a inserção periférica da atenção básica no sistema de saúde e efetivamente atuar como coordenadora do cuidado. De fato, a dificuldade de coordenação dos cuidados é um desafio contemporâneo e uma preocupação crescente, compartilhada por gestores de sistemas de saúde em diversos países, principalmente frente à necessidade de melhorar a qualidade da atenção aos agravos crônicos que exige utilização de diversos serviços e profissionais. A coordenação, ao proporcionar seguimento adequado, minimiza riscos de erros, previne complicações, melhora a segurança dos pacientes e a qualidade da atenção e reduz custos¹⁰. A responsabilidade pela coordenação da maior parte dos cuidados de saúde tem sido atribuída aos serviços de atenção primária^{10,11,12}.

Os autores consideram que a atenção básica hoje não apresenta condições objetivas materiais e simbólicas para operar como centro de comunicação entre os vários pontos de atenção, e argumentam ser necessário definir estratégias para melhor inserir e conectar a atenção básica à saúde na rede. Propõem, de forma tímida, algumas intervenções em nível local, para facilitar essa comunicação,

tanto no interior dos próprios serviços de atenção básica como entre os diversos pontos de atenção, com a criação de instâncias reguladoras com participação dos diversos prestadores, representantes da atenção básica, serviços especializados, setor privado e usuários. Ademais, destacam a necessidade de as equipes de atenção básica (re)conhecerem as reais trajetórias assistenciais de seus usuários na busca por cuidados, para orientar a regulação.

Ao mesmo tempo, melhorar a oferta para garantir acesso certamente é crucial. As trajetórias de tentativas dos usuários não resultam do desfrute de livres escolhas¹³. Em geral, configuram-se em verdadeira peregrinação, em face à completa desorganização e falta de acesso à retaguarda diagnóstica e terapêutica. Os usuários muito se beneficiariam de um fluxo instituído, transparente, com garantia de acesso oportuno. Ademais, sem fortalecer as regiões de saúde, não há como promover essa integração.

Há uma literatura nacional que se dedica a investigar o tema e, com base em estudos locais, tem identificado estratégias que promovem a coordenação, com destaque para a ampliação da resolutividade da atenção básica. O objetivo é que se torne efetivamente serviço de procura regular, com ampliação do escopo de ações; arranjos de comunicação e da troca de informações entre os serviços; comunicação direta entre generalistas e especialistas; diálogo clínico e formação continuada com participação de profissional da atenção básica e da atenção especializada; prontuários eletrônicos compartilhados; Telesaúde com segunda opinião e elaboração de protocolos de referência com participação de profissionais atenção básica e atenção especializada^{14,15,16,17,18,19}.

No quarto apontamento, destacam a insuficiência de gestores, gerentes e trabalhadores preparados e aderidos a um projeto transformador do modelo assistencial vigente. Ao mesmo tempo, questionam a projeção de um trabalhador de saúde idealizado, que poderia ser formado para a implementação da sonhada política, como se não fosse sujeito ao mesmo tempo instituinte e instituído. Perguntam-se sobre como produzir esses atores, profissionais e gestores, e defendem processos de educação permanente, formas de gestão mais participativa e a figura de apoiadores para mudança de práticas. Para além desse profissional idealizado, para ampliar o escopo das práticas, tornar a atenção básica mais resolutiva e inserida na rede, é necessário avançar na qualificação profissional, implementando efetivamente programas em andamento, como o Programa Mais Médicos em seu eixo de formação e as estratégias de educação permanente previstas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

A valorização dos profissionais da atenção básica com desprecarização do trabalho em saúde, com política de pessoal única para o SUS e estabelecimento de carreira SUS de dedicação exclusiva, certamente contribuiria para uma atenção básica robusta, de qualidade. Tem-se observado, ao longo dos anos, a fragilização do trabalho em saúde, grande pilar dos sistemas de saúde, com ausência de efetivas políticas do governo federal.

Ao final do ensaio, os autores destacam três principais ameaças da reformulação da PNAB em 2017 ao modelo assistencial da atenção básica brasileira. Salientam com propriedade a fragmentação do processo de trabalho e o comprometimento da coordenação e longitudinalidade decorrente da contratação de profissionais por apenas dez horas semanais para equipes de atenção básica. Ademais, alertam que, se o apoio a outras equipes atenção básica ocorrer, se concentrará em cidades maiores das regiões Sul e Sudeste com menor cobertura de ESF, cujos gestores resistem à mudança do modelo assistencial. Apontam a provável redução do número de ACS com o fim da obrigatoriedade de 100% de cobertura do território e questionam a preconização de dois padrões de atenção básica: essenciais e ampliados. Perguntam-se se essa formulação estaria articulada à proposta de criação de planos acessíveis. Muito bem perguntado, pois a definição de uma cesta/carteira de serviços, como sugerido por esses padrões, é ferramenta que tem sido desenvolvida para contratação de seguros privados focalizados e/ou serviços privados nas propostas de cobertura universal de saúde, e poderão comprometer a integralidade da atenção básica e do SUS ao se consolidarem como uma cesta básica garantida publicamente, correspondendo a uma abordagem de atenção primária (*neo*) seletiva e restringindo o direito universal à saúde a um universalismo básico.

Ao mesmo tempo em que a qualidade e a abrangência de nossa atenção básica/atenção primária à saúde define os rumos do SUS, os rumos do SUS são determinantes na abrangência de nossa atenção básica/atenção primária à saúde. Certamente estão em disputa diferentes projetos para o SUS, conforme destacam os autores, mas não se expressam na oposição entre o uso dos termos atenção primária

e atenção básica à saúde. Ambos os termos podem alinhar-se a uma proposição de sistema público universal de qualidade. De fato, os sistemas públicos universais existentes preconizam uma atenção primária à saúde robusta, e o emprego do termo atenção primária à saúde alinha-se a essa literatura e experiência internacional dos sistemas universais.

1. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 575-625.
2. Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad Saúde Pública* 2017; 33: e00118816.
3. Rovere M. Atención primaria de la salud en debate. *Saúde Debate* 2012; 36:327-42.
4. Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção básica e atenção primária: origens e diferenças conceituais. *Rev APS* 2009; 12:204-13.
5. Ramírez NA, Ruiz JP, Romero RV, Labonté R. Comprehensive primary health care in South America: contexts, achievements and policy implications. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:1875-90.
6. Testa M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1992.
7. Saltman RB, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Berkshire: Open University Press; 2006. (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
8. World Health Organization; World Bank. Tracking universal health coverage: 2017 Global Monitoring Report. Geneva: World Bank/World Health Organization; 2017.
9. Giovanella L, Stegmüller K. The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:2263-81.
10. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010; 10:65.
11. Kringos DS. The strength of primary care in Europe [Tese de Doutorado]. Utrecht: Utrecht University; 2012.
12. Davis K, Stremiks K, Squires D, Schoen C. Mirror, mirror on the wall. How the performance of the U.S. health care system compares internationally. New York: The Commonwealth Fund; 2014.
13. Bousquat A, Giovanella L, Campos SEM, 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.
14. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, Vilasbôas ALQ. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017; 22:1845-56.
15. Goncalves MR, Umpierre RN, Davila OP, Katz N, Mengue SS, Siqueira AC, et al. Expanding Primary care access: a telehealth success story. *Ann Fam Med* 2017; 15:383.
16. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:286-98.
17. Dias MP, Giovanella L. Prontuário eletrônico – uma estratégia de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte. *RECIIS Online* 2013; 7(2). <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/518>.
18. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14:783-94.
19. Giovanella L. Atenção primária à saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. *Divulg Saúde Debate* 2014; (51):30-7.

Recebido em 20/Fev/2018

Aprovado em 14/Mar/2018