

# Atenção Primária à Saúde na Agenda Pública no Brasil: alguns pontos para se pensar

## Primary Health Care in the Public Agenda in Brazil: some topics for reflection

Nivaldo Carneiro Junior<sup>1</sup> Regina Maria Giffoni Marsiglia<sup>2</sup> Amélia Cohn<sup>3</sup>

### Resumo

O movimento da Reforma Sanitária brasileira e a emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) não contemplaram de forma explícita o entendimento e a orientação do novo sistema de saúde com base na Atenção Primária à Saúde (APS). A Política Nacional de Atenção Básica foi formulada em 2006, com o “Pacto da Saúde”, adotando como modelo de APS o Programa Saúde da Família (PSF). Apesar da importância e do pioneirismo dessa política no cenário nacional, chama atenção para a reflexão a não incorporação de experiências regionais anteriores, como também as contemporâneas na implantação do SUS, além de aspectos relacionados à organização tecnológica da saúde, principalmente em regiões urbanas e com graus de desenvolvimento social e econômico. Nesse sentido, estudo crítico e reflexivo sobre as experiências da gestão pública em saúde voltadas para a organização de serviços em centros urbanos, em momentos históricos próximos à reforma do sistema público de saúde atual, pode trazer elementos para a compreensão dos limites e possibilidades da capacidade do Estado brasileiro na formulação de políticas públicas de saúde apoiadas em processos operados nas realidades socio-históricas, particularmente os orientados na APS.

*Palavras-chave:* Atenção Primária à Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Sistema Único de Saúde; Centros Urbanos.

### Abstract

The Brazilian health reform and the rise of Unified Health System did not address explicitly the guidance of the new health system based on Primary Health Care. The National Primary Care Policy was formulated in 2006, according to the “Health Pact”, adopting the Family Health Program as a model of Primary Health Care. In spite of the significance and the pioneering spirit of this policy it is needed to reflect on the forgetting of former and current regional experiences tied to Brazilian Unified Health System. Also it is needed to reflect on aspects of health technological organization, mainly in urban areas which present social and economic development. A critical study about public health management focused on the organization of services in urban areas and in periods close to the reform of the current health public system may help us to understand the Brazilian State’s limitations and potentials to formulate public health policies, mainly those concerning Primary Health Care.

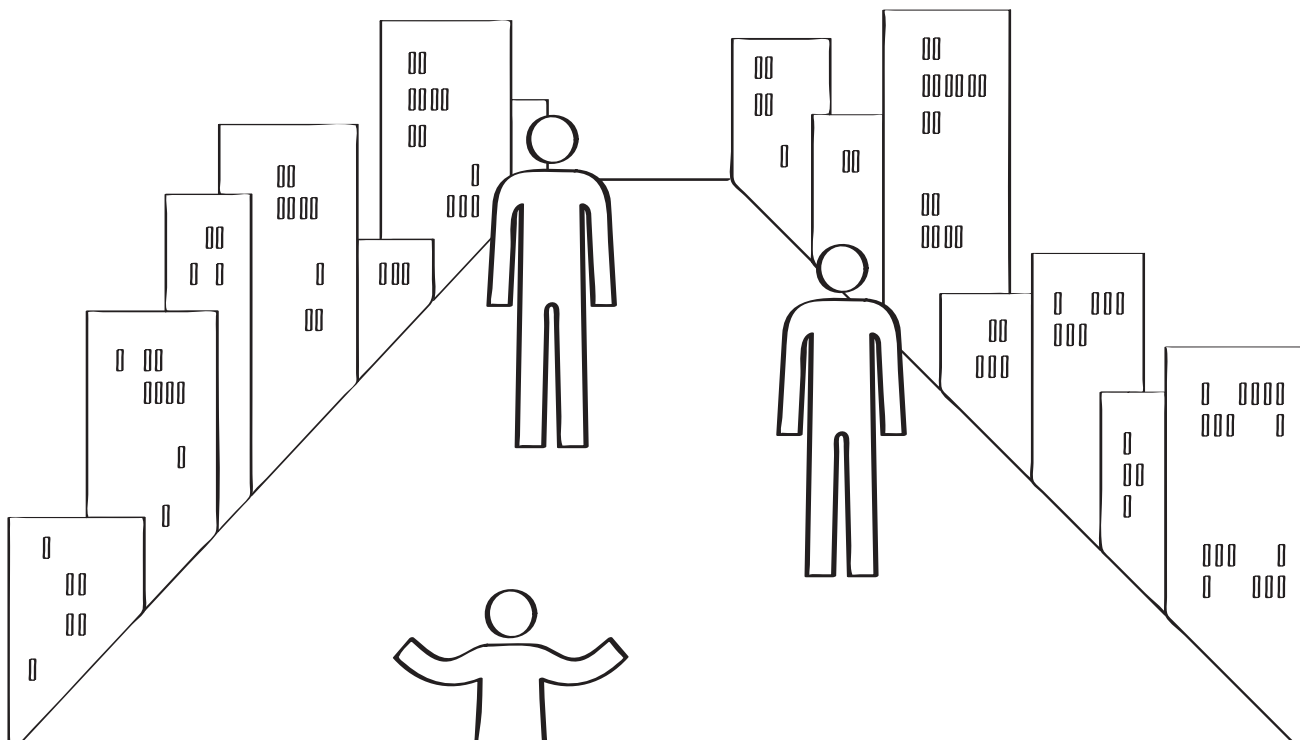
*Keywords:* Primary Health Care; Public Health Policies; Brazilian Unified Health System; Urban Areas.

<sup>1</sup> Nivaldo Carneiro Junior (nicarneirojr@uol.com.br) é médico sanitarista, Doutor em Medicina Preventiva, Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e da Faculdade de Medicina do ABC.

<sup>2</sup> Regina Maria Giffoni Marsiglia (regina.marsiglia@fcm.santacasasp.edu.br) é socióloga, Doutora em Ciências Políticas, Professora da Faculdade de

Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

<sup>3</sup> Amélia Cohn (cohn.amel@gmail.com) é socióloga, Livre docente em Saúde Pública, Professora Aposentada da Universidade de São Paulo e Pesquisadora Sênior do CNPq.



**A** Atenção Primária à Saúde (APS) vem ocupando espaço importante na agenda dos formuladores, gestores e pesquisadores em políticas e sistemas de saúde em anos recentes. Esse movimento tem obtido apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS), promovendo uma revisão crítica do que se chamou “Declaração de Alma-Ata”, resultante da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em 1978, e de seus desdobramentos nos anos seguintes para os sistemas nacionais de saúde.

Com o lema “Saúde para todos no ano 2000”, a Declaração de Alma-Ata projetou um conjunto de ideias e proposições visando à garantia do acesso às ações de saúde e à reversão das condições desfavoráveis de adoecimento das populações, alcançadas a partir da reorganização hierarquizada dos níveis da atenção à saúde, de acordo com as suas densidades tecnológicas, tendo a APS como local estratégico dessa orientação, isto é, aglutinador de demandas e necessidades de saúde de base

comunitária e definidor do acesso aos demais níveis da assistência.<sup>1,9</sup>

Nos anos que se seguiram à “Declaração de Alma-Ata”, duas concepções sobre APS se colocaram em contraposição: “reformuladora do sistema de saúde” e “seletiva”. A primeira apoiada nas proposições da Declaração de Alma-Ata e a segunda focada em problemas de saúde mais prevalentes nos grupos populacionais mais vulneráveis.<sup>6</sup>

Modelos assistenciais orientados por uma ou por outra concepção foram implantados em vários países. Todavia, a “APS seletiva” foi mais orientada para os países com menor desenvolvimento socioeconômico, com incentivos financeiros das Agências Multilaterais, enquanto a outra concepção foi adotada em países desenvolvidos, particularmente na Europa Central.<sup>21</sup>

Pesquisas recentes vêm apontando padrões diferenciados nos perfis de morbimortalidade das populações em vários países, relacionando-os com os respectivos sistemas de saúde. Os resultados dessas investigações demonstram que

melhores condições de saúde estão relacionadas aos sistemas que adotaram a APS como reformuladora do sistema de saúde.<sup>12,18</sup>

A partir desses estudos e no esteio da comemoração dos 30 anos da Declaração de Alma-Ata, a OMS tem fomentado uma série de iniciativas e incentivos para que os países reorganizem e/ou consolidem seus sistemas nacionais de saúde baseados na APS, “mais que necessária”, que acolha as demandas e necessidades de saúde e que seja orientadora do acesso integral da população às ações de saúde.

Nessa perspectiva, também é “mais que necessária” a reflexão do papel do Estado para a efetivação dessa política, isto é, sua capacidade formuladora e gestora de políticas públicas de caráter nacional, universal e não aprisionadas por lógicas privadas e mercantis e tampouco seletivas.

### *Os caminhos da (não) inserção da Atenção Primária à Saúde na agenda da reforma do Sistema de Saúde brasileiro*

É a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) que no Brasil emerge uma política pública de saúde de âmbito nacional para APS, constituída em seu formato mais acabado em 2006, com a edição da “Política Nacional de Atenção Básica”.<sup>9</sup>

Todavia, há que se reconhecer experiências, anteriores ao SUS, de organização de sistemas locais e serviços de saúde com centralidades na APS, em âmbitos regionais, com destaques para o estado de São Paulo, Londrina (Paraná), Niterói (Rio de Janeiro) e Montes Claros (Minas Gerais), nos anos 1970/1980.<sup>13</sup>

Nos anos de 1970 emerge o movimento da reforma sanitária brasileira que traz uma crítica contundente ao modelo assistencial vigente,

a defesa do acesso universal aos serviços de saúde e que estes tenham capacidades para resolver os problemas de saúde da população. As experiências de organização de serviços acima mencionadas contribuíram nas formulações desse movimento.

O capítulo da Saúde na Constituição brasileira de 1988 teve como referência o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, incorporando no texto constitucional boa parte de suas principais proposições. Resultante do movimento da reforma sanitária brasileira, essa Conferência é considerada um marco na história das políticas de saúde no país, pela expressiva participação de vários segmentos sociais, pela sistematização crítica do modelo assistencial então vigente, pela apresentação de propostas para um novo sistema de saúde público e com inclusão social, entre outros aspectos.<sup>20</sup>

Todavia, nessa Conferência a discussão sobre atenção primária à saúde não se fez presente na pauta, não qualificando, desse modo, a própria reorganização e reorientação do sistema de saúde que se formulava naquele momento.<sup>13</sup>

Essa é uma questão que merece ser mais bem analisada, pois a ausência de uma discussão qualificada a respeito de concepções e modelos de APS, no momento de definição do sistema nacional de saúde brasileiro, gera elementos limitantes da capacidade da formulação da própria política norteadora da organização do novo modelo assistencial para o SUS e é, portanto, reveladora dos desafios atuais.

Ao rever experiências internacionais, vale como referência a Espanha, que desenvolveu, no contexto de suas características sociais, políticas e econômicas, movimento semelhante ao do Brasil, isto é, no processo de redemocratização, no final dos anos 1970, redigiu uma nova Constituição e definiu um sistema de saúde

universal e público cujo modelo assistencial teve centralidade na APS, apresentado de forma explícita em Lei.<sup>3,4,5</sup>

No nosso caso, a questão central da luta do movimento sanitário concentrou-se na extensão do acesso para a população, particularmente aquela não coberta pela previdência social. Portanto, a qualidade da discussão e das formulações políticas não focou a dimensão assistencial propriamente dita, muito menos na concepção da APS.

Dessa forma, o SUS começa a se organizar em 1990 sem uma definição clara para os gestores do modelo técnico-assistencial a ser implantado. As preocupações iniciais focaram a dimensão macropolítica do sistema, os mecanismos da descentralização, através das Normas Operacionais Básicas (NOB).

Só a partir de 1995, após cinco anos da constituição do Sistema Único de Saúde, é que se observam a formulação e a implementação de uma política do governo federal para a atenção primária à saúde, definindo como modelo o Programa Saúde da Família (PSF), tendo como um dos traços marcantes a forte indução para os demais níveis de governo – estadual e municipal, através de um conjunto de medidas técnico-administrativas e financeiras para sua incorporação no SUS. Em 2006, essa estratégia é consolidada com a edição da Política Nacional de Atenção Básica, no contexto do Pacto pela Saúde.<sup>17</sup>

Uma questão a ser pensada diz respeito ao grau de efetivação desse modelo de APS para os grandes centros urbanos, nos quais vive a grande maioria da população, realidade desafiadora para a efetividade do SUS, particularmente na perspectiva da reorientação do seu modelo assistencial.<sup>8</sup>

Nesses espaços urbanos há uma oferta de serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, concentrando profissionais com

formações das mais generalistas às mais especializadas, particularmente na área médica, com história de utilização pela população de serviços primários, organizados nas grandes especialidades básicas (clínica médica, ginecologia/obstetrícia e pediatria), além da própria dinâmica social e de vida que influenciam as maneiras de acesso e uso do sistema de saúde.

Esses apontamentos e outros como o perfil da formação médica, os modelos de organização dos serviços primários pautados nos programas de saúde, a insuficiência da discussão e sua incorporação específica pelo movimento sanitário e pelas corporações profissionais, podem explicar a capacidade de efetivação do modelo de APS adotado pelo SUS a partir de 2006.

Nesse sentido, é interessante analisar algumas experiências importantes de gestores do SUS, e nesse caso, dos governos municipais, nas formulações políticas e organizativas do novo sistema de saúde a ser operado no Brasil democrático, que permitem analisar o grau de observância e incorporação dessas políticas locais na formulação da atual política de atenção básica do SUS.

#### *A necessária capacidade de incorporar processos histórico-sociais e tecnológicos particulares na formulação de políticas públicas nacionais*

No estado de São Paulo, em 1968, décadas antes do SUS, uma importante reforma foi desenvolvida pela Secretaria de Estado da Saúde, que orientou a organização tecnoassistencial da APS, com a implantação e expansão da rede de Centros de Saúde, em articulação com escolas médicas, influenciadas pelos movimentos de Medicina Integral, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária. Tomou-se como modelo de organização desses serviços, a “Programação

em Saúde”, que recebeu em décadas posteriores críticas e reformulações.<sup>10</sup>

As experiências da gestão pública na saúde nas cidades de Santos/SP e Niterói/RJ podem ser emblemáticas para a reflexão aqui proposta, pois são reconhecidas como gestões pioneiras e inovadoras na fundação do SUS. Contaram com a participação de importantes atores sociais integrantes do movimento da reforma sanitária e desenharam modelos tecnoassistenciais específicos, de acordo com as respectivas concepções tecnológicas e as dinâmicas e necessidades locais, aqui destacadas a concepção da APS e sua inserção na organização do sistema de saúde.

A administração pública santista em 1988, sob a égide da “Constituição Cidadã” e no momento de implantação de um novo Sistema de Saúde, assume o compromisso de implantar políticas públicas que combatam a exclusão social e a pobreza da população do município. É dessa perspectiva que a área da saúde é eleita como prioritária. Destacam-se nessa política as que são direcionadas para Saúde Mental e Aids.<sup>2</sup>

Em relação à organização dos serviços de saúde, temos “...a montagem de uma rede hierarquizada de saúde, com atendimento inicial do paciente através das unidades básicas de saúde e seu encaminhamento, se necessário, para os serviços mais complexos e especializados. Assim, foram criadas as *policlínicas*, que atenderiam em quatro modalidades: clínica geral, ginecologia e obstetrícia, cardiologia e pediatria (p.91)”.<sup>2</sup>

Nesse modelo as “Policlínicas” foram formuladas como modelo estratégico de APS, possibilitando a garantia do acesso aos serviços e ao cuidado de saúde na APS. Essa modalidade foi entendida como contraponto às unidades “pré-SUS”, isto é, os Postos de Saúde, os Centros de Saúde e os Postos de Atendimento Médicos.<sup>2,19</sup>

Na cidade de Niterói, o modelo de organização do sistema local de saúde, orientado pela APS, baseou-se na experiência cubana do Médico de Família. Em 1992, implantou-se o “1º módulo do Programa Médico de Família (PMF)” na cidade.<sup>14</sup>

A característica geral desse modelo é que o PMF faz parte do processo de trabalho de uma Unidade Básica de Saúde da área de abrangência, que conta com uma equipe composta por clínico geral, pediatra, ginecologista e obstetra, sanitaristas e outros. As policlínicas nesse sistema são concebidas como unidades especializadas de referência para a APS.<sup>6</sup>

Mais recentemente, em 2001, a cidade de São Paulo, a maior metrópole da América Latina e detentora de um complexo mercado público e privado na saúde, faz sua inclusão no SUS. Há naquele momento uma nova reorganização da gestão pública, assumindo experiências de serviços de APS municipais orientados pelo modelo da “Programação em Saúde” e outros sob gerenciamento estadual, alguns deles já na modalidade PSF – projeto Qualis. Há uma expansão do PSF como modelo de APS. Desde então, no município, as Unidades Básicas de Saúde estão organizadas segundo três modelos tecnoassistenciais – “Programação em Saúde”, Estratégia Saúde da Família e as que operam com os dois modelos anteriores.<sup>15,16</sup>

### Considerações finais

A opção política no Brasil na adesão da APS, ao se filiar à escola da universalidade da atenção à saúde, 25 anos após o início da implantação do SUS enfrenta até os dias de hoje desafios que advêm de duas vertentes: uma delas, vinculada à história do sistema de saúde no país, que tem como herança enormes desequilíbrios na distribuição dos recursos de saúde (equipamentos, recursos humanos e capacidade de financiamento dos sistemas

locais de saúde); outra, vinculada à atual conjuntura de crise econômica global, que afeta nosso modelo de desenvolvimento, e aos traços neoliberais que marcam nossa política econômica.<sup>11</sup>

Dessa forma, a expansão da APS – centrada no modelo Saúde da Família – encontra-se sufocada quanto à capacidade de cobrir a integralidade da atenção à saúde da população, dada a falta de investimentos nos níveis de atenção de maior complexidade. Além disso, devido às restrições financeiras e ao discurso ideológico do “tamanho do Estado”, verifica-se a tendência a substituir, no sistema público estatal, inclusive no nível da APS, a administração direta por contratação de organizações sociais de direito privado, mas de relevância pública (OSCIPS), na gestão das unidades de serviços.

Verifica-se, assim, um transplante da racionalidade privada para o interior dos serviços públicos estatais, já que esses contratos são feitos por metas a serem atingidas, às quais correspondem um volume de recursos específicos, e os trabalhadores de saúde não se vinculam mais diretamente ao Estado. Num primeiro momento, o mais evidente que vem à luz é a alta rotatividade dos profissionais da saúde pelos serviços e seu não vínculo com a clientela que atende, um dos fatores centrais na APS.

Dessa forma, a APS como estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde do sistema de saúde brasileiro vê-se asfixiada pela dificuldade do papel de regulação do Estado, seja dos serviços privados, seja dos serviços públicos de saúde. Não obstante, os avanços na extensão de cobertura e aqueles revelados pelos impactos positivos sobre os indicadores de saúde reafirmam sua relevância (crítica) como estratégia de implantação do SUS e como defesa da universalidade com integralidade e equidade no acesso à saúde.

#### Referências

1. Ase I, Burijovich J. La estrategia de atención primaria de la salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colect.* 2009; 5(1):27-47.
2. Barreto Junior IF. Poder local e política: a saúde como locus de embate na cidade de Santos-SP [tese de doutorado] São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2005.
3. Borkan J, Eaton CB, Novillo-Ortiz D, Corte PR, Jada AR. Renewing primary care: lessons learned from the Spanish Health Care System. *Health Affairs.* 2010; 29(8):1432-41.
4. Bull-Aina JÁ, Mira-Solves JJ. Las características del sector sanitario. Tendencias del sistema sanitario español en el marco de La Unión Europea. *Rev Psicol Salud.* 1996; 8(1):3-22.
5. Carneiro Junior N, Gené-Badia J. La atención primaria catalane vista desde la reforma brasileña de salud. *Atenc Prim.* 2011; 43:611-16.
6. Cohen MM. Programa médico de família de Niterói (RJ): uma alternativa urbana do programa saúde da família. *Saúde Debate.* 2002; 26(61):186-97.
7. Cohn A, organizadora. Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias. Rio de Janeiro: Beco do Azogue; São Paulo: Cedec, 2009.
8. 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: Fiocruz; 2008. p. 575-625.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília (DF); 2006.
10. Mota A, Schraiber LB. Atenção primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Saúde Soc.* 2011; 20(4):837-52.
11. Ocké-Reis CO. SUS: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
12. OMS – Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
13. Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: UFBA; 2006. p. 49-78.
14. Senna MCM, Cohen MM. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. *Ciênc Saúde Col.* 2002; 7(3):523-35.
15. Silva JA, Seixas PHD'A, Marsiglia RMG (orgs). Os sujeitos do PSF na cidade de São Paulo. São Paulo: Cealag-Memnon, 2011. Vol.1. (OBSERVARHSP: estudos e projetos).



16. Silva JA, Seixas PHD'A, Marsiglia RMG (orgs). Atenção básica em saúde em São Paulo. São Paulo: Cealag-Memnon, 2012. Vol 2. (OBSERVARHSP: estudos e projetos).
17. Sousa MF, Hamann EM. Programa saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc Saúde Col.* 2009; 14(Supl. 1):1325-35.
18. Starfiel B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Fidelity Translations, tradutor. Brasília (DF): Unesco; Ministério da Saúde; 2002.
19. Valadão MM. Policlínicas. In: Campos FCB, Henriques CMP, organizadores. *Contra a mare à beira do mar: a experiência do SUS em Santos.* São Paulo: Página Aberta; 1996. p. 87-90.
20. Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva.* São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 531-62.
21. Viana ALA, Fausto MCR. Atenção básica e proteção social: universalismo X focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: Viana ALA, Elias PEM; Ibañez N, organizadores. *Proteção social: dilemas e desafios.* São Paulo: Hucitec; 2005. p. 150-67.