

Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais

Potentialities of Primary Health Care in the consolidation of universal systems

Maria Fátima de Sousa¹, Elizabeth Alves de Jesus Prado¹, Fernando Antonio Gomes Leles¹, Natália Fernandes de Andrade¹, Rogério Fagundes Marzola¹, Fernando Passos Cupertino de Barros^{1,2,3,4}, Ana Valéria Machado Mendonça¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S507

RESUMO Este artigo apresenta uma discussão teórico-conceitual sobre as potencialidades da Atenção Primária à Saúde como estratégia imperativa à consolidação dos sistemas universais de saúde. Reflete a conjuntura atual do sistema de saúde brasileiro, expondo seus principais avanços no que diz respeito à garantia do direito à saúde e ao acesso aos serviços públicos de saúde e, ainda, seus desafios que perpassam problemas sociais e de saúde de natureza complexa, em um país marcado por grandes desigualdades sociais e econômicas entre as suas regiões, estados e municípios. Os sérios desafios contemporâneos à consolidação do Sistema Único de Saúde, para sua sustentação como política pública universal, envolvem a superação da hegemonia do modelo biomédico, a superação da política econômica neoliberal e a construção de uma condição plena de cidadania de forma que a população reconheça seus direitos fundamentais, incluindo o direito à saúde pública e de qualidade. Para o alcance de sistemas universais, é necessário incentivar um modelo de atenção à saúde que tenha na atenção primária e nas equipes de saúde da família estratégias de promoção da saúde da população e de fortalecimento da cidadania.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Sistemas de saúde. Modelos de assistência à saúde. Políticas públicas de saúde.

ABSTRACT *This essay presents a theoretical-conceptual discussion about the potentialities of Primary Health Care as an imperative strategy for the development of universal health systems. It reflects the current scenario of the Brazilian health system, exposing its main advances regarding the guarantee of the right to health and access to public health services and, furthermore, its challenges that permeate social problems and health of a complex nature, in a country marked by great social and economic inequalities between its regions, states, and municipalities. The serious contemporary challenges for the development of the Unified Health System, for its sustainability as a universal public policy, involve overcoming the hegemony of the biomedical model, overcoming the neoliberal economic policy, and the construction a full citizenship condition so that the population recognizes their fundamental rights, including the right to a public health of quality. In order to achieve universal systems, it is necessary to promote a health care model that has in primary health care and family health care teams the necessary strategies for promoting health for the population and strengthening of citizenship.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Family Health Strategy. Health systems. Healthcare models. Public health policy.*

¹Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil, mariafatimasousa@uol.com.br

²Universidade Federal de Goiás (UFG) – Goiânia (GO), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Brasília (DF), Brasil.

⁴Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) – Brasília (DF), Brasil.



Introdução

Este artigo tem por finalidade apresentar uma reflexão teórico-conceitual sobre as potencialidades da Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia imperativa à consolidação dos sistemas universais de saúde, demonstrando como essa estratégia se faz necessária para a mudança do modelo de atenção à saúde brasileira, que, ainda hoje é hospitalocêntrico, centrado no atendimento médico e que expressa uma assistência à doença, e não uma promoção da saúde da população.

Dessa forma, a discussão está organizada em três partes, a primeira aborda os desafios da saúde para todas e todos, demonstrando as lacunas que se apresentam no sistema de saúde brasileiro; a segunda remete à difícil, mas necessária, mudança no modelo de atenção à saúde no Brasil; e, por fim, a terceira traz a atenção básica – especificamente o Saúde da Família – como caminho para a garantia do direito universal à saúde.

O desafio da universalidade: saúde para todas e todos

A crise desencadeada a partir de 2008 vem-se manifestando globalmente nas diversas dimensões da sociedade, nas ordens política, econômica, social e cultural. Seus efeitos vêm sendo analisados por diversos autores^{1,2}, inclusive sobre a saúde das populações, o que torna ainda mais premente o asseguramento dos direitos sociais já conquistados e inscritos nos mais diferentes marcos constitucionais e infraconstitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS). No particular dos sistemas de saúde, muitos são os países que vêm buscando ampliar a cobertura de suas populações e o seu acesso aos serviços. Para tal, são diversas as lógicas empregadas para a reorganização dos sistemas, das ações e dos serviços de saúde, desde a perspectiva mais abrangente de garantia do direito humano à saúde até uma lógica racionalizante de natureza mercadológica,

a qual se limita à oferta de ‘carteiras’ simplificadas e seletivas (a determinadas faixas populacionais consideradas prioritárias ou mais vulneráveis), que, na verdade, ao invés de garantir o necessário acesso aos serviços, têm o objetivo de limitar a utilização de tecnologias cuidadoras no ato humano de prevenir e promover saúde em seu sentido ampliado.

Após 31 anos da declaração da saúde como direito universal, na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988³, o momento atual das políticas públicas e sociais no País exige dupla atenção. Por um lado, é preciso assegurar as conquistas ocorridas no sistema de saúde para construção e garantia do direito à saúde, como os processos de municipalização, descentralização, regionalização e ampliação do acesso as ações e serviços de saúde, com destaque para a inclusão de grande parcela da população que até então era considerada indigente sanitária¹; por outro, parcela significativa da sociedade – cerca de 54 milhões de brasileiros ou 26% da população – permanece ainda em condições de vida abaixo da linha de pobreza⁴, como resquícios de uma política imposta pelo modelo neoliberal na condução da gestão do Estado brasileiro. Esta é marcada por injustiças e desigualdades regionais, e de populações historicamente deixadas à margem dos seus direitos de cidadania, nos mais diferentes territórios urbanos e rurais nas cidades brasileiras. Nesse sentido, é imperativo seguir propondo ações necessárias à consolidação de políticas públicas promotoras de equidade, que busquem a inserção social das populações vulnerabilizadas⁵, as quais anseiam por respeito e por direito de viver como cidadãos, em condições de vida dignas.

Não há consenso sobre o conceito de políticas públicas. Trata-se de definição polissêmica², e a grande maioria dos autores aponta para a explicação de que, ao falar de políticas públicas, é preciso ter em conta os enunciados e tácitos jogos de interesses de classes, poderes, sujeitos e estruturas, que são permeadas pelas interrelações dos aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais. Acrescenta, ainda, que

os problemas sociais e de saúde são de natureza complexa e vêm-se expressando em padrões epidemiológicos distintos e de grandes iniquidades, nos âmbitos social e econômico, entre as regiões, estados, municípios e localidades, sobretudo no que se refere ao acesso às ações e aos serviços de saúde. Tais desigualdades e iniquidades, que agridem historicamente a população brasileira, a exemplo da insegurança alimentar e nutricional, da reemergência de agravos já controlados, do surgimento de outros/novos surtos, do aumento da morbimortalidade por acidentes e decorrentes da violência no campo e nas cidades, revelam os sérios desafios contemporâneos à consolidação do SUS das condições necessárias para sustentar uma política pública universal e um projeto civilizatório de sociedade inclusiva e solidária no Brasil⁶.

Enquanto direito de cidadania, a política de saúde encontra-se imbricada e implicada visceralmente na seara da seguridade social, como expressão dos laços estreitos com o direito de cidadania, conforme disposto no art. 194 da Constituição Federal de 1988 que afirma que a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social³, e ao determinar que a saúde é dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas (art. 196)³. Todavia, a construção da saúde como bem fundamental à condição humana e ao direito à vida requer esforços na organização social que possibilitem a transição da alocação para a prática, e esta, com consequência para as mudanças nas condições de saúde e vida da população.

Tais esforços precisam expressar-se como práticas articuladas e consequentes à superação de barreiras, dificuldades e desafios, com a implantação de políticas abrangentes de inclusão social e combate à pobreza, visando à redução das desigualdades e das iniquidades regionais e entre grupos que, apesar de reconhecidos esforços de alguns governos para romper com esse ciclo, ao longo das décadas, vêm sendo

recrudescidas pelos poderes econômicos e políticos das classes dominantes do País. Tais desigualdades e iniquidades constituem-se Determinantes Sociais da Saúde e somente poderão ser revertidas por meio de mobilização e da organização da sociedade, alicerçadas em um Estado democrático de direito. Afinal, desde a histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, firmou-se a noção de que não há saúde plena sem democracia plena. Não é por outra razão que o SUS é concebido no bojo dos processos de redemocratização do Brasil, pela 'ideia-proposta-projeto-movimento-processo' da reforma sanitária, como 'horizonte utópico' de reforma geral no modo de vida brasileiro⁷, constituída da democratização da saúde, da democratização do Estado e da democratização da sociedade⁶. Portanto, um SUS pleno será aquele norteado pelos valores e princípios políticos e organizativos capazes de construir a saúde em seu sentido ampliado, enquanto direito de todo cidadão e dever irrenunciável do Estado; com a responsabilidade de proporcionar o conjunto dos direitos sociais constitucionalmente previstos em seu art. 6º e que agregam à saúde o acesso à educação, à moradia, ao emprego, à terra, ao lazer, à cultura, à alimentação, ao transporte, à segurança e a outros bens sociais, em uma rede de proteção social em todos os ciclos de vida da pessoa, e que permitam a saúde plena que vai para além da provisão de serviços e ações que permitam a cura e a reabilitação, envolvendo também a prevenção de riscos e doenças, a vigilância e a promoção da saúde.

Vale mencionar que, ao longo dessas três décadas, o SUS vem desenvolvendo e acumulando conhecimentos, saberes e práticas entre gestores, profissionais e usuários dos serviços e demais componentes do sistema de saúde, em especial no âmbito municipal/local. Tais experiências exitosas são respostas às necessidades locais construídas no cotidiano das equipes clínicas, de vigilância e de gestão do SUS, demonstram a vitalidade e a capilaridade do sistema e vêm sendo identificadas, analisadas, registradas, valorizadas e difundidas por diversas estratégias técnicas e científicas,

em âmbito nacional e internacional, como, por exemplo, as mostras nacionais de experiências municipais ‘Brasil, Aqui Tem SUS’ (cuja 16ª edição aconteceu em 2019); em epidemiologia, prevenção e controle de doenças, a ExpoEPI (também em sua 16ª edição em 2019); em gestão estratégica e participativa, a ExpoGEP (duas edições, em 2010 e 2014); em atenção básica (quatro edições até 2013); os Congressos de Saúde Coletiva promovidos pelas diversas associações, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco (12ª edição em 2018) e a Rede Unida (13ª edição em 2018) e tantos outros, além de iniciativas como o IdeiaSUS (banco de práticas e soluções em saúde e ambiente desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz) e os Laboratórios de Inovação (desenvolvidos desde 2008 pela Representação da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil). Tal conhecimento disseminado em todo o SUS vem gerando condições essenciais para identificar localmente os determinantes sociais e conduzir o processo de tomada de decisão, reconhecendo as necessidades de saúde das comunidades, na práxis da atenção integral à saúde, potencializando a superação da dicotomia entre as ações curativas, preventivas e de promoção da saúde, tanto nos espaços de expressão autônoma individuais quanto coletivos, ou seja, dos indivíduos, famílias e comunidades.

Apesar desses avanços, ainda não se constitui efetiva a cultura da promoção de saúde como campo teórico-prático, em que se vislumbrem, para a qualidade de vida, estratégias capazes de operacionalizar as políticas públicas saudáveis no estabelecimento de ações intersetoriais e a institucionalidade social, concretizadas no desenvolvimento de territórios saudáveis e sustentáveis⁸⁻¹⁰. Nesse marco teórico-conceitual, a promoção da saúde deve ser compreendida como um contíguo de expressões que buscam diversidade de ações articuladas, intra e intersetoriais para aumentar o potencial individual e social da inclusão de todos que ultrapassem a linha de cuidado pura

e simplesmente clínica, no desenvolvimento de políticas públicas abrangentes para uma vida saudável, que se fortalecem no estabelecimento de parcerias, na indução de mudanças políticas, sociais, econômicas, culturais e ambientais, na garantia dos direitos de cidadania e na autonomia dos sujeitos e da coletividade.

Para alcançar tamanho ‘desejo’, somente a oferta de ações programáticas de saúde – ainda que algumas sejam necessárias e estratégicas diante do quadro de morbimortalidade brasileiro e locorregional – não fortalece a construção de um novo modelo de atenção à saúde que supere as deficiências da fragmentação, da segmentação, da exclusão, da violência institucional e da falta de qualidade e promova a universalidade, a integralidade, a qualidade, a eficiência e a equidade para as pessoas e para a coletividade. Para tanto, é necessário fazer cumprir os marcos legais, constitucionais e infraconstitucionais expressos, sobretudo, nas Leis Orgânicas da Saúde^{11,12}, que reafirmam e indicam caminhos para a concretização da saúde como direito de todos e dever do Estado, como direito universal e fundamental do ser humano^{2,11,12}. Ou seja, um direito que se materializa pela organização dos dispositivos estatais para prestação de serviços, vigilância, regulação, gestão e governança¹³, mas também pelo exercício permanente da cidadania plena pelas pessoas, famílias, empresas e instituições, isto é, o conjunto dos membros que constroem uma nação¹⁴.

É preciso, nessa perspectiva, mudar o cenário atual de desigualdade e injustiça social que deteriora as condições de vida da maioria da população, a qual se encontra em situações de risco de adoecer e ou de morrer. Ademais, para o alcance da saúde como um bem maior, restam desafios a serem vencidos nos campos político, social, econômico e cultural, sendo também incluída nesse processo a luta incansável para romper o paradigma do modelo assistencial biomédico, fragmentado, individual, de baixa resolubilidade e forte desigualdade de acesso da população aos serviços e ações^{15,16}, além de desarticulado da realidade

dos indivíduos, famílias e comunidades e de suas expectativas e necessidades de cuidados em redes integradas de saúde e, por consequência, a busca permanente do aumento da qualidade de vida saudável^{17,18}.

A mudança do modelo de atenção à saúde: um difícil, mas necessário caminho a percorrer

Sabe-se que o Brasil já viveu ao longo das últimas décadas uma série de tentativas de mudar, na expressão de Sousa¹⁵ e Teixeira¹⁹, a forma e o conteúdo de ofertar atenção à saúde. Entretanto, todas as iniciativas, por melhor que tenha sido a origem de suas propostas em termos de base filosófica, princípios e diretrizes, não foram suficientes para alterar as bases que sustentam o modelo médico de atenção à saúde predominante no País.

Essas bases não sofreram alterações porque traziam em seu cerne elementos parciais dos problemas complexos que se enfrentam na construção de um novo modelo. Tal complexidade vem sendo retratada ao longo das décadas por autores diversos, entre eles, Arouca^{20,21}, Barros^{22,23}, Castro²⁴, Donnangelo^{25,26}, Garcia²⁷, Mendes^{28,29}, Teixeira^{16,19}, Paim³⁰⁻³² e Sousa^{2,15,33}. A produção técnico científica dos(as) autores(as) mencionados(as) nos alertam para a necessidade de compreendermos os fatores e as dinâmicas social, econômica, política e cultural que determinam a hegemonia do modelo sanitário centrado nos hospitais, nas subespecialidades, nas ações de programas verticais e nas práticas médicas baseadas na doença e nos aparatos do complexo médico industrial. Com efeito, esses paradigmas são construídos socialmente e consolidados por grupos que defendem suas crenças, valores e se posicionam pela manutenção do modelo vigente, predominando, sobretudo, os interesses das corporações empresariais e profissionais³⁴.

Há uma nítida sensação de que o paradigma que ainda norteia o modelo de intervenção na saúde – representado pela medicalização, centralização no hospital e, crescentemente, na dependência de tecnologias – não pode dar conta dos desafios propostos. Nesse ínterim, verificou-se que as metas de ‘Saúde para Todos no ano 2000’, propostas em 1977, na XXX Assembleia Mundial da Saúde, na Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários de Saúde³⁵, dada em 1978, e na Carta de Ottawa sobre a Promoção da Saúde³⁶, de 1986, não foram plenamente atingidas. Contudo, os valores e princípios expressos nesse conjunto de compromissos coincidem com os ideários do SUS e continuam desafiando a contemporaneidade.

O Brasil, cuja população estimada encontra-se na casa dos 210 milhões³⁷, é o único país com população superior a 150 milhões de habitantes que se propôs a garantir constitucionalmente o direito à saúde para todas e todos. Assim, o SUS, que em 2018 completou seus 30 anos de existência, é o maior sistema público de saúde, de acesso universal e que incorpora as preocupações relativas à equidade e à integralidade do cuidado. Apesar de suas fragilidades e desafios, ele vem se tornando cada vez mais imprescindível à população ao longo dessas três décadas³⁸.

Entre 1990 e 2015, período que coincide com a existência do SUS, ocorreram importantes mudanças, em geral positivas, no perfil de saúde/doença da população brasileira e na redução das desigualdades observados nos indicadores de saúde entre os estados da federação. Houve queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis, da morbimortalidade materno-infantil e das causas evitáveis de morte, e o consequente aumento da expectativa de vida impactou na longevidade da população em anos de vida saudáveis. Por outro lado, as doenças crônicas não transmissíveis representam, ao mesmo tempo, a maior magnitude na carga total de doenças e a principal causa de morte, ao lado das violências e acidentes que, em 2015, foram responsáveis

por 168 mil óbitos, configurando-se como um grande desafio para as próximas décadas³⁹.

Tais alterações na situação de saúde dos brasileiros exige do sistema de saúde novas respostas, transformando-se do modelo de atenção prevalente (reativo, curativo, hospitalocêntrico etc.) para um mais adequado às necessidades de saúde da população brasileira contemporânea^{17,40}. Além da formação e dos processos de educação permanente dos profissionais, outras questões, como a distribuição e a organização estrutural das unidades e serviços de saúde no País, a lógica de contratação de prestadores e profissionais e o financiamento, influenciam na capacidade de transformação do sistema.

Outro importante elemento a ser considerado ao analisar a capacidade de mudança do sistema de saúde brasileiro é sua característica mista, de tal forma que o subsistema público, o SUS, convive com um subsistema privado. Prevista constitucionalmente, a participação complementar do setor privado no sistema de saúde brasileiro se dá de duas formas: a primeira, na oferta de serviços de saúde à população por instituições sem fins lucrativos, contratualizadas como SUS e custeadas com recursos públicos, o que tem permitido garantir o acesso a cuidados ambulatoriais e hospitalares à população, embora certas disparidades devam ser assinaladas:

A assistência ambulatorial do SUS se expandiu entre 1995 e 2015. Com base nos dados da produção do SUS, o número total de procedimentos realizados passou de aproximadamente oito para 17 por habitante, e o setor público cresceu (realizou 80% das atividades em 1995 e 88% em 2015). Todavia, nesse período, os estabelecimentos públicos receberam relativamente menos recursos pelos serviços prestados que o setor privado, que ampliou sua participação de 21% para 23%, e o filantrópico de 17% para 27%. Observa-se uma especialização de setores para a produção de determinados procedimentos. Em 2015, o setor público realizou a maioria das

consultas (75%) e dos exames diagnósticos (59%). O privado, por sua vez, foi responsável por 72% dos tratamentos de nefrologia, e o filantrópico por 66% das quimioterapias⁴¹⁽³⁾.

A segunda forma é a oferta de serviços privados de saúde que são adquiridos no mercado por meio de pré-pagamentos de planos e seguros de saúde ou por meio de compra direta de serviços (pagamento direto contraprestação ou, mais comumente conhecido no idioma inglês como *out-of-pocket*). O Brasil ocupa a posição de segundo maior mercado de seguros e planos privados de saúde do mundo, atrás apenas dos EUA. São mais de 47 milhões de beneficiários (24,2% do total da população brasileira) que contratam assistência médica ambulatorial e/ou hospitalar e/ou serviços odontológicos de 1.009 operadoras de planos privados. Contudo, são muitos os registros de experiências negativas acumuladas com o atendimento oferecido por estes últimos, demonstrando cabalmente a incapacidade do mercado resolver sozinho as necessidades de saúde e sociais mais amplamente¹³. A partir de 2015, como consequência da crise econômica no País, o mercado de saúde suplementar vem experimentando subsequentes retrações, dado que a maior parte dos planos privados de saúde são vinculados a contratos coletivos empresariais. Até junho de 2019, aproximadamente 3,4 milhões de pessoas deixaram os planos privados de saúde e passaram a depender exclusivamente do SUS⁴².

O financiamento setorial vem sendo um dos principais desafios para consolidação do SUS. No período de 2000 a 2014, o Brasil observou um aumento do financiamento da saúde, passando de 7,0% para 8,3% do Produto Interno Bruto (PIB) destinados para o setor, o que representa um aumento de US\$ 263 para US\$ 947 per capita⁴³. Mesmo que em comparação com os demais países os gastos totais com saúde no Brasil aproximem-se da média dos países latino-americanos, a porção pública desse financiamento é de apenas 46% dos gastos totais (enquanto em países de renda média

é de 55,2%, e em países da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico é de 62,2%) Apesar das constantes afirmações acerca de ineficiências no SUS, tais dados demonstram um subfinanciamento crônico desde a sua criação²⁴. Ademais, constata-se que, apesar da União deter 60% da carga tributária no País, sua participação no financiamento do SUS vem decrescendo de 50,0%, em 2003, para 40,8%, em 2016. Em movimento oposto e visando compensar o afastamento da União, no mesmo período, a parcela dos recursos estaduais aumentou de 22,3% para 27,0% e, ainda mais grave, os municípios ampliaram sua participação de 25,5% para 32,2%, de tal forma que o total de gastos municipais em saúde per capita cresceu 226%, passando de R\$ 315,70 para R\$ 716,50 (incluídos os recursos próprios municipais e receitas repassadas pelos governos federal e estadual)⁴⁴. Vale registrar que os municípios arrecadam apenas 17% do bolo tributário nacional.

O atual cenário de austeridade determinada pela Emenda Constitucional 95/2016 não apenas mantém o desafio da consolidação do SUS mas, ao aprofundar as dificuldades de financiamento, ameaça a sustentabilidade do sistema o que, conforme apontado por estudos prospectivos, poderá reverter importantes conquistas do SUS até o momento, com impactos negativos sobre a situação de saúde dos brasileiros, em especial aqueles mais vulneráveis.

A atenção básica e a saúde da família como caminho para a universalidade

No Brasil, a reorganização da Atenção Básica à Saúde (ABS) – ou APS –, materializada preferencialmente pela implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), com equipes multiprofissionais, nas quais a presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a inclusão da comunidade na organização dos serviços fazem grande diferença, acumulou

conhecimentos e experiências, por um lado, localmente exitosas, mas que, por outro, colocam em evidência um conjunto de problemas a serem enfrentados e superados no processo de desenvolvimento do SUS².

Ações e programas estruturantes, como a ESF, criada em 1994, têm por alvo a reorientação do modelo de saúde em uma perspectiva de integralidade. Lastreada na APS, busca capilarizar a presença do sistema de saúde e garantir o acesso universal a toda a população brasileira. Sua grande expansão deu-se na última década, priorizando áreas vulneráveis, em que a chamada ‘atenção básica’ (saúde da família), financiada com recursos públicos, cresceu exponencialmente, uma vez que o número de pessoas cadastradas em 2015, por exemplo, cerca de 116.600, já era cinco vezes maior do que em 1998, chegando a uma cobertura de 64,05% em 2018, correspondendo a pouco mais de 133 milhões de pessoas⁴⁵. Isso denota sobre a ampliação do acesso a ações e serviços de saúde.

Barros²² e Paim³¹ se expressam ao mostrar que o número de pessoas que buscam a atenção básica à saúde aumentou de 450% entre 1981 e 2008, o que pode ser atribuído a um crescimento vultoso do tamanho da força de trabalho do setor da saúde e do número de unidades de cuidados de saúde primários implantadas nos municípios brasileiros. Outros autores relatam que a expansão da estratégia de Saúde da Família, implementada graças à municipalização, está associada, de modo consistente, à redução nas mortalidades pós-neonatal e infantil, assim como à diminuição do baixo peso à nascença, ao aumento da cobertura dos cuidados pré-natais e a excelentes índices de cobertura vacinal na maioria dos municípios e ainda a sensível redução das hospitalizações devidas a diabetes ou a acidentes cerebrovasculares.

Conforme registram Barros e Lapão⁴⁶, muito embora reconhecida como uma experiência de sucesso, a ESF enfrenta, entretanto, diferentes desafios, tais como o recrutamento e a retenção de médicos com

formação adequada ao provimento de serviços de APS; a heterogeneidade da qualidade local da atenção; a deficiente articulação dos serviços de APS com os níveis secundário e terciário; a maior dificuldade de expansão da estratégia em grandes centros urbanos e a flexibilização da carga horária dos médicos das equipes de saúde da família, o que atenta contra um dos pilares da estratégia, que é a criação de um vínculo de confiança por parte da população com relação ao médico e um enlace de responsabilidade deste profissional com relação às famílias a ele adscritas.

Nesse contexto, é importante destacar o papel da ESF e, em especial, o dos ACS na promoção da saúde dos indivíduos e das comunidades, como bem registraram Barros²² ao longo de mais de vinte anos em todo o seu processo de trabalho, os ACS demonstraram uma grande capacidade para mobilizar as instituições e os indivíduos em agendas promotoras de saúde. Isso permitiu que os ACS inovassem na abordagem populacional e também na implementação de ações intersetoriais, por meio de novas metodologias pedagógicas utilizadas na formação dos agentes, possibilitando, assim, o desenvolvimento de projetos de intervenção locais, de acordo com as necessidades identificadas. Dessa forma, conseguem preencher algumas lacunas existentes no campo da ação intersetorial em saúde, além das agendas 'rotineiras' em seu campo de atuação. Esta ampliação das agendas implica na revisão de algumas atividades originalmente planejadas para os ACS, a fim de abordar questões-chave no processo saúde-doença de indivíduos, famílias e comunidades. Note-se também que a cada incorporação de temas emergentes e/ou de um novo 'risco epidemiológico', os ACS estão aptos a estabelecer as correspondências necessárias para a formação de redes colaborativas capazes de estabelecer um diálogo com outros setores públicos, de modo a buscar respostas às diferentes necessidades, através de ações intersetoriais.

Assim, os ACS têm contribuído nas últimas décadas para o desenvolvimento do processo

de integração entre as políticas públicas governamentais que auxiliam na promoção da saúde e do bem-estar social.

A respectiva dinâmica constrói-se a partir de problemas identificados na população mais vulnerável ao risco de adoecer e morrer, e, sobretudo, em um determinado espaço político e geográfico, em que as relações cotidianas entre os atores sociais estabelecem verdadeiros pactos para intervir na realidade e desenvolver projetos e ações estratégicas e integradas à promoção do acesso à saúde, no seu sentido mais amplo. Portanto, o desenvolvimento da APS está interrelacionado às discussões e à apropriação do conceito ampliado de saúde entre os vários atores e setores do campo da saúde coletiva, na imperativa busca da construção dos sistemas universais de saúde.

Considerações finais

A discussão teórico-conceitual exposta neste artigo dedicou-se a evidenciar os desafios contemporâneos à consolidação da saúde como um direito universal. Destacam-se, portanto, a superação da hegemonia do modelo biomédico, a superação da política econômica neoliberal e a construção de uma condição plena de cidadania de forma que a população reconheça seus direitos fundamentais, incluindo o direito à saúde pública e de qualidade.

Superar a hegemonia do modelo biomédico exige a priorização da saúde como um direito, e não como um produto à venda no mercado, o que está diretamente relacionado com a superação da política econômica neoliberal, que pressupõe a intervenção mínima do Estado na promoção de direitos sociais, sendo esta intervenção condicionada ao fracasso do sujeito no alcance de direitos básicos, como o direito à saúde. A lógica imposta na organização econômica brasileira traduz saúde em cifrões, e não em qualidade de vida, justiça social ou condição de cidadania.

No contexto político, essa lógica é reafirmada quando há o sucateamento dos serviços

públicos de saúde e a não priorização da saúde como direito de cidadania. Para o alcance de sistemas universais, é necessário incentivar um modelo de atenção à saúde que tenha na atenção primária e nas equipes de saúde da família estratégias de promoção da saúde da população e de fortalecimento da cidadania.

No caso brasileiro, dada a conjuntura já mencionada, ainda se fazem imperativas ações político-institucionais para o alcance de uma política de fortalecimento de serviços de atenção à saúde, incluindo os de atenção primária, públicos, de qualidade e fortalecidos como patrimônio do cidadão brasileiro, em busca de uma concepção e realização de uma condição plena de cidadania. Assim, não se pode descuidar, no caso brasileiro, da qualidade efetiva do trabalho realizado no bojo da ESF, com metas bem definidas e com acompanhamento sistemático de seus resultados, sob pena de se verem perdidos os esforços e sucessos já anteriormente por ela alcançados.

Por fim, reitera-se com as discussões apresentadas que a APS, no âmbito da ESF, é um caminho possível no alcance de um novo modelo de atenção à saúde brasileiro, uma vez que possui capacidade resolutiva, preventiva e promotora de saúde da população, bem

como potencial para vinculação da população aos serviços de saúde, promovendo espaços de reconhecimento – por parte da população – da saúde como sendo um direito básico e fundamental à existência humana.

Colaboradores

Sousa MF (0000-0001-6949-9194)*: elaborou o primeiro manuscrito do artigo, a partir de suas pesquisas. Prado EAJ (0000-0002-2731-5155)*: contribuiu para as análises dos resultados brutos, na escrita do referencial teórico e na revisão final do manuscrito. Leles FAG (0000-0002-3891-0443)*: contribuiu com os resultados, discussões do artigo e para revisão após análise dos editores. Andrade NF (0000-0002-6137-4335)*: contribuiu para revisão final e participou da formatação do referencial em Vancouver. Marzola RF (0000-0002-7925-5131)*: contribuiu para as análises dos resultados e escrita da discussão. Barros FPC (0000-0003-1188-7973)*: contribuiu para as análises dos resultados e revisão do referencial em Vancouver. Mendonça AVM (0000-0002-1879-5433)*: colaborou com a escrita da introdução e revisão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud av* [internet]. 2013 [acesso em 2019 out 14]; 27(78):27-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142013000200003&lng=en&nrm=iso.
2. Sousa MF. Programa de Saúde da Família no Brasil. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília, DF: Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2007.
3. Brasil. Constituição (1988). Art. 196-200. [internet]. 1988 Brasília, DF: Congresso Nacional; 1988. [acesso em 2019 out 14]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anos/legislacao/constituicaoafederal.pdf
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2018. p. 62.
5. Oliveira RG. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. *Saúde Soc* [internet]. 2018 [acesso em 2019 out 14]; 27(1):37-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n1/1984-0470-sausoc-27-01-37.pdf>.
6. Paim JS. A reforma sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual. In: Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 153-174.
7. Paim JS. A reforma sanitária como um fenômeno sócio-histórico. In: Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 35-48.
8. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. Saúde Colet*. 2000; 5(1):163-177.
9. Santana PR, Souza MF, Costa AAA, et al. As ações intersetoriais e a estratégia saúde da família na ótica de gestores, profissionais e usuários da saúde no município de João Pessoa, Paraíba. *Tempus* (Brasília). 2008; 3(2):76-87.
10. Machado JMH, Martins WJ, Souza MS, et al. Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para a saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. *Com Ciências Saúde* [internet]. 2017 [acesso em 2019 out 14]; 28(2):243-249. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/territorio_%20saudaveis_%20sustentaveis.pdf.
11. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 Set 1990.
12. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 29 Dez 1990.
13. Lima LD, Viana ALA. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: Viana ALA, Lima LD, organizadores. Regionalização e relações interfederativa na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011. p. 39-63.
14. Carvalho GCM. Participação da comunidade na saúde. Campinas: Saberes; 2014.
15. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? – *Ciênc. Saúde Colet*. 2009; 14 (Supl. 1):1325-1335.
16. Teixeira CF. Modelos de Atenção à Saúde: Promo-

- ção, Vigilância e Saúde da Família. Salvador: Edufba; 2006.
17. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas [internet]. Washington: OPS/OMS; 2008. [acesso em 2019 out 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_integradas_servicios_salud.pdf.
 18. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde [internet]. Brasília, DF: OPAS/OMS; 2011. [acesso em 2012 dez 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.
 19. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde debate*. 2003; 27(65):257-277.
 20. Arouca S. Implementação da Reforma Sanitária através do SUDS. *Saúde debate*. 1988; (22):49-54.
 21. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1975.
 22. Barros FPC, Mendonça AVM, Sousa MF. Agents communautaires de santé: un modèle de santé sans murs. *Can J Public Health*. 2015; 106(3):154-156.
 23. Barros FPC. Cobertura universal ou sistemas públicos universais de saúde? *An Inst Hig Med Trop, (Lisb)* [internet]. 2014 [acesso em 2019 set], 13:87-90. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/issue/view/9/2014-v13>.
 24. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's Unified Health System: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet* [internet]. 2019 [acesso em 2019 ago 5]; 394(27):345-356. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(19\)31243-7.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(19)31243-7.pdf).
 25. Donnangelo MCF. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas cidades; 1976.
 26. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade. São Paulo: Pioneira; 1975.
 27. Garcia CJ. Pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez; 1989.
 28. Mendes GRB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1994.
 29. Mendes GRB. Medicina e história: as raízes sociais do trabalho médico. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1979.
 30. Paim JS. Medicina Preventiva e Social no Brasil: modelos, Crises e Perspectivas. *Saúde debate*. 1981;11: 57-59.
 31. Paim JS. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994. p. 455-466.
 32. Paim JS. Saúde da Família: espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas? In: Paim JS. *Saúde Política e Reforma Sanitária*. Salvador: CEPS/ISC; 2002.
 33. Sousa MF. A reconstrução da Saúde da Família no Brasil: Diversidade e Incompletude. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM. *Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes; 2014. p. 40-77.
 34. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(sup1):7-27.
 35. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata: OMS; 1978.
 36. Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa – Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa: OMS; 1986.

37. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
38. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; (23):1763-1776.
39. Souza MFM, Malta DC, Franca EB, et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso em 2019 set 10]; 23(6):1737-1750. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04822018>.
40. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF: OPAS/OMS; 2011.
41. Bahia L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2018 [acesso em 2019 set 10]; 34(7):1-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00067218>.
42. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados gerais e indicadores do setor: Cadastro de Operadoras e Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS/MS). Rio de Janeiro: ANS; 2019.
43. Massuda A, Hone T, Leles FAG, et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ.* 2018; (3):1-8.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de apoio à gestão estratégica. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
45. Duarte E, Eble LJ, Garcia LP. 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol serv saúde* [internet]. 2018 [acesso em 2019 maio 10]; 27(1):1-2. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100018>.
46. Barros FPC, Lapão LV. A efetivação do direito à saúde: os casos de Portugal, Brasil e Cabo Verde. *An Inst Hig Med Trop, (Lisb).* 2016; 15(supl1):S89-S100.

Recebido em 19/09/2019
Aprovado em 28/10/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve