

Atenção básica como eixo estruturante do SUS: quando nossos consensos já não bastam!

Basic health care as the backbone for SUS: when our consensuses are not enough!

La atención básica como eje estructurador del SUS: ¿cuando nuestros consensos ya no son suficientes!

Luiz Carlos de Oliveira Cecilio ¹

Ademar Arthur Chioro dos Reis ¹

doi: 10.1590/0102-311X00136718

Agradecemos os cuidadosos e consistentes comentários feitos ao nosso artigo por Ligia Giovannella e Maria Guadalupe Medina. Observamos forte convergência de ideias em relação aos pontos apresentados e os três textos, se “hibridizados”, resultariam em um artigo mais potente que o original, configurando uma visão quase consensual sobre os dilemas da atenção básica à saúde hoje. Talvez o nosso grande desafio seja exatamente “desmontar nossos consensos” e colocar novos problemas em discussão.

Nosso grupo de pesquisa na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) tem tentado compreender os entraves para que a atenção básica à saúde se aproxime do ideal projetado para ela nas últimas décadas. Para tanto, partimos de algumas perguntas norteadoras: como os trabalhadores entendem, traduzem ou “transcriam” a política para a atenção básica à saúde expressa em documentos oficiais? ^{1,2}. Como os usuários (re)significam a atenção básica à saúde e outros serviços e fazem uso deles? ^{3,4}. É possível, considerando as condições concretas de trabalho e os “trabalhadores reais” que fazem a assistência cotidiana, enfrentando uma demanda crescente, operar um modelo assistencial que aspira combinar cuidar da doença, fazer prevenção, educação em saúde, “escuta qualificada”, valorização da subjetividade, tudo junto e misturado?

As debatedoras reforçam, com propriedade, os avanços e impactos resultantes da expansão da atenção básica à saúde. É o ponto de partida do nosso consenso. No entanto, reiteramos a interrogação que vertebrou o artigo: para além da falta de médicos e do crônico subfinanciamento, que outros fatores são impeditivos da consolidação de uma rede de atenção básica potente e resolutiva? Trabalhamos com a hipótese de que, sem novos sujeitos, portanto, se novas perspectivas não forem incorporadas a esse debate, pouco conseguiremos avançar. Defendemos a necessidade de “arejamento da política”, de exploração de outras miradas, necessidades e desejos quando se trata de pensar os necessários avanços para a atenção básica à saúde. Falta-nos, talvez, incorporar os “usuários-usadores” (pleonismo intencional) e suas potências na gestão da vida e do trabalho das unidades de saúde e nos circuitos formais em que transitam. E ter em conta a força transformadora/criadora, mas também conservadora, dos trabalhadores no seu labor cotidiano. Só escaparemos da circularidade (e repetição) das discussões sobre atenção básica à saúde com a incorporação real de novos sujeitos. Como fazer isso?

Estamos de acordo com Medina quando afirma que: “até que ponto a disjunção entre formulação e implementação é o resultado da incapacidade da política (nacional) apreender as concretas limitações ou as ‘condições de possibilidade’ do mundo real (no caso, os municípios)”.

¹ Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Correspondência

L. C. O. Cecilio
Escola Paulista de Medicina,
Universidade Federal de São Paulo.
Rua Botucatu 740, São Paulo,
SP 04023-062, Brasil.
luizcecilio60@gmail.com



Para nós, as “condições de possibilidade do mundo real” dizem respeito tanto às restrições, mas também às potências, criatividade e à permanente produção de modos de cuidar que resultam dos encontros dos trabalhadores e dos usuários. Tal compreensão pode nos conduzir a dois tipos de estratégias voltadas ao aprimoramento da atenção básica à saúde. A primeira, a necessidade de desenvolver investigações que tenham como fundamento epistemológico a inversão da relação pesquisador/pesquisado, fazendo da incorporação dos trabalhadores e usuários nas investigações como sujeitos, produtores e apropriadores de novos conhecimentos, o seu eixo ético-metodológico. Nossa experiência já nos indica que tal incorporação não depende apenas de nosso desejo e convite. A segunda, a adoção de tecnologias de formação e gestão do trabalho na linha dos processos de educação permanente, uma política complexa por se realizar ao mesmo tempo em que produz seus sujeitos.

Outra discussão apontada com propriedade pelas debatedoras diz respeito à política de indução, de tipo *top-down*, a partir de incentivos financeiros pelo Ministério da Saúde. Concordamos com Giovanella quando defende “a indução financeira como mecanismo fundamental para a redução de heterogeneidade e desigualdades e sociais, e para a promoção da equidade”. Entretanto, resolver a equação indução financeira/projetos singulares locais, com o protagonismo de novos sujeitos, continua sendo uma questão ainda em aberto.

Por outro lado, mesmo concordando que existiria um consenso sobre o ideário de uma atenção básica à saúde estruturante de um SUS de qualidade, Giovanella afirma que se pode observar também uma tensão discursiva entre enfoques de nossa atenção básica/atenção primária à saúde, tomando como exemplo, entre outros, a polaridade entre ações programáticas e atendimento à demanda espontânea. Esses apontamentos da autora poderiam nos desautorizar a falar de consenso(s)? Examinemos essa questão.

A PNAB foi desenvolvendo, de forma mais marcante e visível na primeira década do século, uma pretensão de extensividade que, de modo intencional ou não, tomou como princípio norteador incorporar, de algum modo “conciliando”, as “tensões discursivas” sobre atenção básica/atenção primária à saúde apontadas por Giovanella. Daí a complexidade que a PNAB foi adquirindo na sua operacionalização, resultando numa marcada disjunção entre a política oficial e a realidade dos serviços, como apontamos no texto em debate.

Poderíamos dizer que também produzimos um consenso em torno dos nossos dissensos, ao pretendermos abrigar sob o generoso guarda-chuva da PNAB várias das concepções em disputa? “Preventivistas-promocionistas”, “clínica-ampliada-centrados”, “programáticos”, “medicina da família”, “intersectoriais” etc de algum modo se reconhecem nessa “PNAB-marquise” que parece dar guarida para tantas concepções. “PNAB-marquise”: problema ou solução? Um paradoxo se pensada sua operacionalização nas diversificadas “redes” de atenção básica à saúde existentes no país.

Talvez nesse ponto valha a pena reconhecer que a disputa em torno dos termos “atenção primária” e “atenção básica” não seja mesmo relevante. Mais importante é o que aponta Medina, ao considerar que a formulação da atenção básica à saúde envolve o movimento dos atores e disputas no complexo campo onde se dão as lutas pelo direito à saúde e pelas reformas organizacionais. Giovanella aponta que a investigação e formulação da política de atenção básica à saúde avançaram em detrimento de “certas temáticas, que agora nos parecem obstáculos epistemológicos ao conhecimento da realidade”. Um exemplo: a atávica resistência da Saúde Coletiva em realizar estudos nos hospitais.

Temos coordenado e participado de investigações na atenção básica (e outros “pontos” do sistema de saúde) valorizando a micropolítica das relações cotidianas e o que é da ordem do múltiplo, em contraposição à padronização e homogeneidade pretendida pela política oficial. Buscamos problematizar a ideia de que é possível estudar, intervir e transformar a atenção básica à saúde “em si”, de se trabalhar “um modelo estanque de práticas de atenção primária à saúde”, como apontado por Giovanella. Entendemos a atenção básica à saúde como o entrecruzamento por onde trafegam pessoas, desejos, sentidos. Lugar privilegiado para se descobrir novas potências de vida e para se recolher os tão necessários dissensos que nos ajudam a agregar novas questões sobre os rumos da atenção básica à saúde.

Debate desafiador, dada a atual conjuntura tão adversa às políticas universais inclusivas como o SUS, quando um governo ilegítimo impõe uma política de ajuste fiscal sem precedentes, e opera para destruir tudo aquilo que tem sido arduamente construído ao longo de três décadas.

Colaboradores

L. C. O. Cecilio contribuições significativas à concepção e delineamento, e elaboração do texto. A. A. C. Reis contribuiu na revisão crítica substancial do seu conteúdo.

1. Melo SM, Cecilio LCO, Andreazza R. Nem sempre sim, nem sempre não: os encontros entre trabalhadores e usuários em uma unidade de saúde. *Saúde Debate* 2017; 41:195-207.
2. Oliveira LA, Cecilio LCO, Andreazza R, Araujo EC. Processos microrregulatórios em uma unidade básica de saúde e a produção do cuidado. *Saúde Debate* 2016; 40:8-21.
3. Meneses CS, Cecilio LCO, Andreazza R, Carapineiro G, Andrade MGG, Santiago SM, et al. O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017; 22:2013-24.
4. Cecilio LCO, Carapineiro G, Andreazza R, Souza ALM, Andrade MGG, Santiago SM, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:1502-14.

Recebido em 10/Jul/2018
Aprovado em 13/Jul/2018