

RESOLUÇÃO Nº 600, DE 11 DE OUTUBRO DE 2018.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Décima Reunião Ordinária, realizada nos dias 10 e 11 de outubro de 2018, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e

considerando a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/1988) que, em seu Art. 196, determina que a promoção da saúde, bem como sua proteção e recuperação deve ser garantida pelo Estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde;

considerando que a saúde está ligada a sistemas de proteção social funcionais e sustentáveis, organizados por meio de políticas de bem-estar e que a CF/1988, em seu Art. 194, parágrafo único, VII, prevê que a organização da Seguridade Social deverá ser guiada pelo caráter democrático e descentralizado de sua administração;

considerando que o Art. 198, III da CF/1988 prevê a participação da comunidade como uma das diretrizes para a organização das ações e serviços públicos de saúde;

considerando a Resolução da Organização das Nações Unidas (ONU) “Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, composta por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), desdobrados em 169 metas, da qual o Brasil é signatário;

considerando que a implantação da Agenda 2030 exigirá uma nítida prioridade dos governos federal, estaduais, distrital e municipais para superação do desafio de implementar políticas e programas transversais e intersetoriais;

considerando que a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe que o CNS, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, em caráter permanente e deliberativo, atua na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado (Art. 2º da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008);

considerando a Resolução CNS nº 585, de 10 de maio de 2018, que reafirmou o papel estratégico da agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável e como promotora de equidade, contribuindo para que o Brasil tenha, novamente, papel destacado em virtude de suas ações para o cumprimento das metas e reforçou que o controle social é o instrumento fundamental para o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável;

considerando que a Resolução CNS nº 572, de 31 de janeiro de 2018, criou a Câmara Técnica da Atenção Básica do Conselho Nacional de Saúde (CTAB/CNS), com o objetivo de discutir a efetivação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil e sua interface com o modelo de atenção à saúde focada na promoção, prevenção e proteção da saúde;

considerando as reuniões realizadas na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), na Câmara Técnica da Atenção Básica do Conselho Nacional de Saúde e na Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde para tratativas em torno da Conferência Global em Saúde Primária a ocorrer em Astana, em 2018; e

considerando a elaboração do documento com o posicionamento brasileiro para a *Global Conference on Primary Health Care*, Astana, 2018, elaborado pela Câmara Técnica da Atenção Básica do Conselho Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz e Ministério da Saúde.

Resolve:

Aprovar o posicionamento brasileiro para a *Global Conference on Primary Health Care*, Astana, 2018, anexo a esta resolução.

RONALD FERREIRA DOS SANTOS
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 600, de 11 de outubro de 2018, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

GILBERTO OCCHI
Ministro de Estado da Saúde

ANEXO

Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental

Posicionamento brasileiro para a Global Conference on Primary Health Care, Astana, 2018 (versão preliminar em construção, 10 de outubro de 2018)

Na comemoração dos 40 anos da Declaração de Alma Ata sobre Atenção Primária à Saúde (APS), a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Governo do Cazaquistão organizam para 25 e 26 de outubro de 2018 a *Global Conference on Primary Health Care* (Conferência Global sobre Cuidados Primários de Saúde), com o objetivo de renovar o compromisso da APS para o alcance da cobertura universal e os objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS) (“*renew a commitment to primary health care to achieve universal health coverage and the Sustainable Development Goals*”) (WHO, 2018).

A *Declaração de Alma Ata* conclamou por justiça social e propugnou por saúde para todos e a superação das desigualdades sociais entre países e ao interior dos países. Difundiu uma concepção abrangente da APS como a base de sistemas de saúde de acesso universal e cuidado integral. Reconheceu a inseparabilidade da saúde do desenvolvimento econômico e social, envolvendo a cooperação com outros setores para enfrentar os determinantes sociais da saúde e promover a saúde. Incentivou a participação social para o empoderamento dos cidadãos na defesa e ampliação dos direitos sociais. Contudo nos anos que se seguiram imediatamente à Declaração, verificou-se a ascensão ao poder de dirigentes conservadores na Europa e nos Estados Unidos e a adoção de políticas neoliberais. A partir de propostas da Fundação Rockefeller e da Unicef concebeu-se uma Atenção Primária Seletiva, voltada para medidas pontuais, especialmente na saúde infantil, em flagrante contradição com o ideário de equidade e saúde como direito universal (Birn, 2018; Cueto 2004).

De todo modo, o legado da Conferência e seu lema “Saúde para Todos no Ano 2000” permaneceu relevante na construção de projetos de equidade e justiça social.

Assim, sob inspiração de Alma Ata, a Constituição Federal brasileira de 1988 reconhece a conexão do desenvolvimento econômico e social e das condições ambientais na determinação do processo saúde-doença e na promoção da saúde e a responsabilidade governamental na provisão de serviços de saúde universais e integrais, com equidade e participação social.

A proposta de saúde para todos por meio da criação de um sistema público universal que garantisse o direito à saúde foi assumida pelo movimento sanitário brasileiro e por movimentos populares. A singularidade da reforma sanitária brasileira na transição para um regime democrático foi sua inserção no desenho de um novo e abrangente modelo de proteção social, sustentado por ampla mobilização social em favor da expansão dos direitos sociais e da transformação democrática do Estado e da sociedade.

O novo modelo constitucional de política social brasileira é caracterizado pelo reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado, a universalidade da cobertura, a subordinação das práticas privadas à regulação com base na relevância pública destas ações, a orientação para o público (em contraposição a uma orientação para o mercado), governança descentralizada e cogestão governo-sociedade, com forte participação social (Fleury, 2011).

Esse amplo movimento social da reforma sanitária brasileira propiciou a criação de um sistema público universal de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), que há 30 anos tem como princípios fundamentais os ditames constitucionais de “saúde direitos de todos e dever do Estado” com universalidade, integralidade, equidade e participação social.

A atenção primária à saúde, na experiência brasileira, é parte estruturante e indissociável da constituição deste sistema universal de saúde, o SUS, modelo eficaz e eficiente de garantia da saúde como direito humano, condição para a efetivação da diretriz da agenda 2030 de “*não deixar ninguém para trás*”. Há robusta evidência empírica e analítica de que os sistemas universais são superiores em termos de qualidade, eficiência e de equidade em saúde quando possuem, como pilares estruturantes: a organização de uma APS integral, o financiamento e a prestação predominantemente públicos e uma efetiva regulação do Estado para a garantia do acesso universal, subordinando as lógicas fragmentadas de mercado à visão da saúde como um bem público (Wagstaff, 2011; Schneider et al, 2017; Starfield, Shi & Macinko, 2005; Kringos et al; 2010).

A atenção primária à saúde no SUS brasileiro sustenta-se no modelo assistencial da *Estratégia Saúde da Família*, com equipe multiprofissional de base territorial, abordagem de cuidado individual e coletivo, primeiro ponto de contato com o sistema de saúde, início de um processo contínuo de atenção em uma rede integral regionalizada de serviços. Os avanços na atenção primária à saúde no SUS para o acesso universal são inegáveis, com ampliação da oferta, facilitação do acesso, maior disponibilidade de serviço de procura regular (fonte usual do cuidado), expressos na atuação de mais de 41 mil equipes de Saúde da Família, presentes em

5.400 municípios, com população coberta estimada de mais de 130 milhões de pessoas. Há evidências robustas de que a expansão da Estratégia de Saúde da Família, base do sistema universal, teve impactos positivos sobre a saúde da população, com: redução da mortalidade infantil e de menores de cinco anos (Aquino *et al* 2009); da mortalidade cardio e cerebrovascular (Rasella *et al.*, 2014); de internações por condições sensíveis à atenção primária (Macinko *et al.* 2011; Guanais & Macinko, 2009), entre outros. A ampla inclusão da população, aliada a políticas específicas para populações vulnerabilizadas e marginalizadas, como ribeirinhas, negra, quilombola, indígenas e LGBT, promoveu equidade e reduziu desigualdades.

A experiência de mais de três décadas do SUS, com seus impactos relevantes na melhoria do acesso e na saúde da população – mesmo que implantado em conjuntura crítica da economia global e enfrentando grandes desafios no financiamento e na integração, e novas ameaças atuais dos programas de ajuste fiscal – nos autoriza a formular as seguintes proposições:

- A saúde não é uma mercadoria, mas um bem de relevância pública. Os sistemas públicos universais de saúde, que têm a APS como o coração da rede de atenção, são fundamentais para garantia do direito humano à saúde e a equidade no acesso e na utilização, devendo ser financiados por toda a sociedade, de forma solidária, com base a um sistema de tributação progressivo, com justiça fiscal. Sistemas públicos universais de saúde materializam o caminho mais efetivo, equitativo e eficiente para a garantia do direito social ao acesso a serviços de saúde.
- Saúde é produto de determinações econômicas e sociais construídas historicamente nos e entre os países. Saúde não é produto de escolhas individuais, estilos de vida e comportamento. O processo saúde-doença é determinado, em última instância, pelo modo como a sociedade se organiza. A determinação social da saúde e doença exige o compromisso político dos Estados para a garantia do direito à saúde e o máximo de bem-estar dos cidadãos, de forma igualitária e indivisível, ademais de assegurar o acesso a serviços de saúde de qualidade. Comissões da OMS e do Brasil sobre Determinantes Sociais da Saúde produziram conhecimentos sobre as relações entre saúde, determinantes e iniquidades e reforçaram a necessidade de ações intersetoriais sobre os determinantes sociais para a promoção da saúde e condições sociais de vida digna e do bem-estar. A estratégia *Saúde em Todas as Políticas* requer que a saúde da população seja levada em conta por outros setores, tanto na geração de conhecimentos, como na implementação de

ações, criando espaços comuns de interesse na governabilidade e no estabelecimento de políticas públicas sociais e econômicas, responsabilidade do Estado. Saúde e educação devem, portanto, ser assumidas como motores do desenvolvimento sustentável, como investimento e não como gasto social, que pode ser limitado em conjunturas adversas. O retrocesso em políticas sociais em função do ideário da austeridade econômica tem representado um custo insuportável para as sociedades, penalizando a população mais pobre, e mais intensamente os países periféricos em que as desigualdades sociais têm raízes históricas profundas, o que já se reflete em situações de aumento da pobreza e desigualdades, com as consequências sanitárias de difusão de epidemias e aumento de morbidade e mortalidade. As consequências políticas dos ajustes também já começam a ser sentidas, com a corrosão da coesão social, deslegitimação dos governos eleitos e aumento do risco de busca de soluções por meio de medidas autoritárias.

- O usufruto do direito à saúde implica a capacidade de compartilhar poder na gestão do sistema de saúde, em todos os níveis – nacional, regional, local, unidades de saúde – com os beneficiários do sistema de saúde. Dessa forma, o sistema de saúde passa a ter um papel estratégico na democratização das políticas públicas, na socialização das informações sobre o funcionamento do governo e na prestação de contas e transparência do processo decisório. A experiência brasileira avançou na construção de uma arquitetura democrática com base na participação social, com o estabelecimento de Conselhos de Saúde em todos os níveis de governo – Nacional, Estadual e Local – e por meio das Conferências Temáticas e das Audiências Públicas. A fortaleza desta estrutura participativa institucionalizada se expressa no presente documento, que integra e ratifica os eixos e teses defendidas no posicionamento do Conselho Nacional de Saúde do Brasil (CNS, 2018).
- A equiparação da APS com a proposta de cobertura universal em saúde (*UHC-Universal Health Coverage*) restringe as possibilidades de garantia do direito humano à saúde e ao acesso a serviços de saúde conforme necessidades. A ênfase da UHC na proteção financeira por meio de seguros privados ou públicos não é suficiente para garantir acesso e resulta em cobertura segmentada por seguros diferenciados por grupos sociais conforme renda, com diferentes cestas de serviços cobertos, reatualizando a atenção primária à saúde seletiva, com seus pacotes mínimos e cristalizando desigualdades. A UHC é a expressão de programas de austeridade/ajuste fiscal com desresponsabilização de governos e o fornecimento de mínimos e de cestas. A UHC difere essencialmente da concepção original da APS integral de Alma Ata, fundamento de sistemas públicos universais de saúde. A distribuição equitativa de recursos públicos de acordo com necessidades, financiamento

fiscal com base tributária progressiva com justiça fiscal, sob controle e regulação governamental, ausência de copagamento e garantia de cuidado integral, em um sistema universal organizado territorialmente conforme necessidades de saúde, são cruciais para o impacto da APS na redução das desigualdades sociais.

- Por suas implicações na restrição do direito universal à saúde, a ênfase na cobertura por seguro e a indistinção entre cobertura e acesso, a proposta de UHC da OMS e do Banco Mundial foi questionada no âmbito da OPAS, por países da América do Sul, que buscam construir sistemas universais de saúde (inclusive o Brasil). Neste processo, a partir de uma consulta aos Estados Membros, a OPAS aprovou, em 2014, a Resolução CD 53/5, que ampliou a concepção de UHC, ao incorporar a garantia de acesso a serviços de saúde e mencionar o direito à saúde, entendendo o acesso universal como capacidade de utilizar serviços de saúde integrais (ações populacionais e/ou individuais de promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação) adequados, oportunos e de qualidade conforme necessidades. A OPAS passou a difundir “Saúde universal” para designar a estratégia a ser implementada na Região (OPAS, 2014). Para ser representativa de todo o sistema ONU e da OMS, a Declaração de Astana deve adotar e incluir esta posição em defesa do direito humano universal à saúde.
- A FIOCRUZ se dedica ao desenvolvimento de Ciência, Tecnologia & Inovação (CT&I) e a formar recursos humanos a serviço da universalização do direito à saúde no Brasil e na cooperação internacional com países em desenvolvimento, fortalecendo os sistemas universais de saúde com produção de insumos, medicamentos e tecnologias e na conformação de complexos produtivos de saúde orientados a proporcionar uma atenção à saúde que responda às necessidades da população, com vistas ao bem-estar, à garantia da dignidade humana e ao enfrentamento das desigualdades sociais. Isto só será possível rompendo a barreira imposta pelos interesses comerciais que tornam tais recursos inacessíveis para grande parte dos países no mundo, principalmente os países periféricos da América Latina e África, cuja posição dependente em relação aos países capitalistas centrais, produz desigualdades estruturais históricas. Assiste-se, no presente, um enorme risco do fortalecimento da apropriação privada do conhecimento gerado em saúde, desenvolvido em sua maior parte em instituições públicas com recursos públicos em diversos países do mundo. A redução das assimetrias globais no campo da CT&I em saúde é um fator decisivo para a garantia de uma APS abrangente e equânime. As agendas nacionais e globais de prioridades de pesquisa devem ser pautadas pelas necessidades de saúde, para que o conhecimento seja um instrumento para o acesso universal à saúde e para

uma atenção primária abrangente. Recentemente a epidemia de Zika Vírus no Brasil, identificada graças à APS, deflagrou novas linhas de pesquisa em saúde pública para identificação, monitoramento, acompanhamento e ordenamento de serviços especializados e de referência na vigilância de epidemias e suas repercussões a partir da APS. Doenças negligenciadas e outras epidemias atuais apontam como essencial a necessidade de estruturar sistemas de saúde, aonde a APS tem atuação fundamental para seu controle.

- A saúde é direito de todos e sua garantia é dever do Estado por meio de políticas públicas sociais e econômicas integradas (Brasil, 1988) para o enfrentamento das desigualdades sociais e melhoria das condições de vida da população. A conjuntura atual é bastante complexa e apresenta características contraditórias em relação ao objetivo de alcançar a saúde para todos de forma igualitária. Por um lado, o aumento do número de atores e agentes pode favorecer o incremento de recursos, mas também diluir a responsabilidade governamental em uma rede plural de governança que não consegue esconder problemas de interesses conflitantes e dificuldades de coordenação e regulação em função da relevância pública da saúde e as contradições inerentes às expectativas mercadológicas de lucratividade nos serviços.
- Urge o fortalecimento de iniciativas de integração regional entre os países periféricos, especialmente da América Latina e África, com vistas a práticas de solidariedade internacional e fortalecimento de ações em saúde que favoreçam a APS pública, como direito de todos e dever dos Estados.

A Atenção Primária à Saúde é o coração dos sistemas universais de saúde

Os sistemas nacionais de saúde de financiamento fiscal como o SUS, em que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, têm por objetivo que todas as pessoas tenham as suas necessidades atendidas, sem restrições para o acesso. A APS é o coração dos sistemas universais de saúde. Nestes, o reconhecimento do direito universal implica em oferta de serviços de saúde de acordo com as necessidades individuais e coletivas. A integralidade da atenção é um de seus princípios: cada um deve receber atenção conforme suas necessidades, não por mérito ou renda.

Sistemas universais, como o SUS, integram cuidados individuais e ações coletivas de promoção e prevenção, garantem a continuidade da atenção a partir da APS, proporcionando o acesso à atenção especializada e hospitalar nos níveis secundário e terciário conforme necessidade.

Seu enfoque populacional exige promover políticas públicas transversais intersetoriais para enfrentar os determinantes sociais e ambientais da saúde, como o acesso à educação de qualidade, emprego decente e em condições seguras, renda adequada, transporte público de qualidade, segurança pública, habitação saudável, provimento de água potável de qualidade, esgotamento sanitário apropriado, drenagem urbana, coleta de lixo e destinação adequada, ar limpo e outros serviços públicos, em prol da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida, no espírito do ODS 3 e outros correlacionados. O compromisso dos Estados na garantia do direito à saúde inclui esforços para a melhoria das condições de vida das pessoas e do conjunto dos direitos sociais fundamentais.

Para promover o direito humano universal ao acesso a serviços de saúde, a APS deve se constituir no primeiro ponto de contato das pessoas com o sistema de saúde, ser de fácil acesso, prestar atenção oportuna, resolutiva e de qualidade, ofertar ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, atuar no território, espaço dinâmico e vivo, promovendo a participação social e a ação comunitária. Deve ser o início de um processo coordenado e contínuo de atenção integral em uma rede de serviços regionalizada e territorializada, para garantir o acesso aos níveis de complexidade e especialidades de acordo às necessidades. Essa configuração de atenção primária é uma inovação tecnológica, que envolve novas formas de organização do trabalho e das instituições de saúde e também a geração de novos bens e serviços.

Por vezes se estabelece uma relação equivocada, do ponto de vista conceitual e normativo, entre APS e baixa intensidade de conhecimento e de tecnologia. Na realidade, a atenção primária é altamente complexa e intensiva em conhecimentos e em inovações de processos, produtos e tecnologias sociais.

A organização de uma estratégia de APS envolve a territorialização da ação em âmbito local, ação comunitária e intervenções territoriais, ações individuais, coletivas e de saúde pública, o estabelecimento de redes regionais de referência e contrarreferência, o vínculo necessário com a atenção especializada e hospitalar, os desafios do atendimento permanente de uma população idosa com doenças crônicas e multimorbidade, a articulação com outros serviços como os serviços sociais e aqueles de cuidados de longa duração, a necessidade de sistemas inteligentes de predição e de vigilância em saúde que permitam antecipar ações resolutivas em nível local, regional e nacional (como o recente caso da epidemia do vírus Zika revelou), entre muitos outros requerimentos para uma atenção que seja abrangente e inserida num sistema universal de saúde.

Esta complexidade exige que as necessidades de saúde pautem as agendas nacionais e globais de prioridade de pesquisa para que o conhecimento seja um instrumento para promover o acesso universal à saúde e para uma atenção primária abrangente (Gadelha & Temporão, 2018).

Coordenar o cuidado é função precípua da APS, que exige o fortalecimento de sua capacidade resolutiva e de sua posição central como ordenadora da rede assistencial integrada e integral dos sistemas universais. Somente uma APS fortalecida, integrante de uma rede estruturada e conectada de serviços e ações de saúde, capaz de mobilizar apoio, recursos políticos, econômicos, financeiros e humanos, pode ser responsável pela coordenação dos cuidados entre níveis assistenciais (Almeida et al., 2011). Para que a coordenação ocorra é necessário que a rede de atenção à saúde esteja estabelecida territorialmente, com população definida, papéis e funções determinados para todos os serviços de saúde que a compõem – função esta que extrapola a capacidade de um nível específico do sistema.

Neste sentido, a existência de uma rede regionalizada é estratégia fundamental para os sistemas de saúde universais equitativos, cujos princípios partem da noção de saúde como um bem público. A APS é parte desta rede regionalizada e o seu papel é favorecer o acesso oportuno e adequado aos serviços diagnósticos e terapêuticos, sejam eles ambulatoriais ou hospitalares, de toda a população circunscrita aos territórios regionalizados, de acordo com necessidades individuais e coletivas. Portanto, a posição ocupada pela APS na rede assistencial, se mais central ou periférica, determinaria suas possibilidades de exercer a função de coordenadora do cuidado em uma perspectiva ampliada.

O redirecionamento da formação e regulação da força de trabalho em saúde que alie cuidado individual (formação clínica) e enfoque populacional (saúde coletiva) para atuação na APS, a garantia de provimento de profissionais para a APS, inclusive em zonas remotas e desfavorecidas, e reformas direcionadas à melhoria da capacidade resolutiva e da qualidade da APS e à ampliação do escopo de serviços de modo a responder a 90% das necessidades de saúde da população representam elementos técnicos e simbólicos fundamentais para o reconhecimento da posição estratégica da APS na rede, coração do sistema universal de saúde.

A gestão pública dos sistemas universais implica a responsabilização do Estado na garantia de direitos sociais e o compromisso em relação à centralidade dos processos de formação para os trabalhadores da APS. Sua defesa inclui a gestão do trabalho que visa enfrentar os efeitos nocivos dos avanços da privatização, do acirramento da precarização do

trabalho a partir da terceirização da provisão de serviços da seguridade social, que causam sofrimento e adoecimento no trabalho. A garantia de condições materiais, salários justos e direitos trabalhistas conferem aos trabalhadores da saúde dignidade e é central para a valorização dos profissionais, sua fixação e para produção da APS abrangente de qualidade (Nogueira, 2017).

Processos formativos na perspectiva de APS abrangente devem contemplar o cotidiano dos serviços, objetivar a ampliação dos conhecimentos dos trabalhadores articulando trabalho em saúde e mundo do trabalho, a formação geral e formação específica. Neste sentido, se pauta na valorização do conhecimento produzido nas práticas, o conhecimento popular, e no investimento em processos formativos permanentes e em análise crítica para o enfrentamento das diversas formas de precarização do trabalho (CNS, 2018), apoiados em tecnologias informacionais que promovam a integração dos trabalhadores e a compreensão sobre as contradições e desafios da divisão social e técnica do trabalho em saúde. Para tanto, as tecnologias informacionais devem ser utilizadas como complementares ao processo formativo em saúde que deve ser prioritariamente presencial e contribuir para a integração dos trabalhadores de diferentes categorias profissionais do setor.

A implementação de uma APS abrangente implica em esquemas de governança que incluem ações concertadas entre múltiplos agentes, com base na determinação social da saúde e políticas públicas intersetoriais, para o enfrentamento das desigualdades sociais. Envolve um conjunto de estratégias de intervenção sanitária que vão além do setor saúde e promovem enfoques multidisciplinares, como a promoção da saúde, a vigilância sanitária, a saúde ambiental, os direitos humanos e a equidade de acesso à educação em saúde, serviços de proteção social e a segurança humana.

As Comissões da OMS e do Brasil sobre Determinantes Sociais da Saúde e a recente Comissão sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas da OPS, estudaram exaustivamente as mais diversas abordagens da saúde pública em relação aos outros campos do conhecimento e outras doutrinas com origem nas ciências sociais, políticas e econômicas. A síntese desses estudos levou à chamada estratégia de “Saúde em Todas as Políticas” a qual promove que a saúde populacional seja levada em conta por outros setores tanto na geração de conhecimentos como na implementação de ações, criando assim um espaço comum de interesse na governabilidade e no estabelecimento de políticas públicas sociais e econômicas.

O nível local e as ações primárias setoriais e as populações marginalizadas são elementos comuns aos interesses de vários setores responsáveis pelo desenvolvimento

sustentável. Assim, a questão do território é básica e constitui um dos primeiros interesses comuns da saúde com os outros setores, fazendo com que a APS extrapole sua relevância ao sistema de saúde para também jogar um papel fundamental na dinâmica geral do desenvolvimento sustentável local.

APS nos sistemas universais e a cobertura universal em saúde

A Declaração de Alma Ata convocou os governos a formular políticas nacionais, estratégias e planos de ação para implementar a atenção primária à saúde como parte de um sistema nacional de saúde integral/abrangente e em coordenação com outros setores, mobilizando vontade política e recursos (OMS, 1978).

Já a conferência Global de Atenção Primária à Saúde 2018 tem como objetivo renovar o compromisso da APS para o alcance da cobertura universal em saúde (UHC - *universal health coverage*).

Cobertura universal de saúde (UHC) é um termo ambíguo, que tem levado a diferentes interpretações e abordagens por parte das autoridades sanitárias nacionais e da sociedade civil, especialmente nos países periféricos. A concepção de cobertura universal foi moldada no período 2004-2010, por meio de relações entre a OMS, a Fundação Rockefeller e o Banco Mundial, congregando um conjunto de diretrizes das reformas pró-mercado, que incluem: redução da intervenção estatal, subsídios à demanda, seletividade e focalização nas políticas de saúde. Com respeito a este tema, em 2005, a Assembleia da OMS aprovou a *Resolução 58.33 “Financiamento sustentável da saúde: cobertura universal e seguro social de saúde”* (WHO, 2005).

O debate mundial em torno do tema ganhou visibilidade com a publicação, em 2010, do relatório do OMS sobre *Financiamento dos Sistemas de Saúde - O Caminho para a Cobertura Universal* (OMS, 2010). Com base neste relatório, a Assembleia da OMS aprovou, em 2011, uma resolução sobre financiamento sustentável e UHC (WHO, 2011), que instou os países a garantir que o financiamento da saúde evite pagamentos diretos das famílias no ato de uso (*out-of-pocket-OOP*), recomendando contribuições financeiras antecipadas como forma de compartilhamento de riscos, a fim de prevenir “gastos catastróficos” com saúde, geradores de empobrecimento. Posteriormente, em 2015, a UHC foi definida como uma das metas (3.8) do ODS 3 da Agenda 2030. Seu principal indicador de monitoramento é a proporção da população que incorre em gastos catastróficos (definidos como elevada despesa em saúde no ato do uso

como proporção da renda doméstica)¹, ademais de sugerir uma cesta mínima de serviços incluídos no proposto “índice de serviços essenciais”, que ainda não está sendo acompanhado (WHO, WB, 2017).

O indicador de gastos catastróficos tem sido questionado em sua qualidade de medir o desempenho de sistema de saúde, na medida em que pessoas pobres e em extrema pobreza serão excluídas do numerador (gasto em saúde), já que não gastam por não terem dinheiro, apesar de precisar de cuidado de saúde. Ademais, este indicador carrega consigo o pressuposto de expressiva participação do setor privado no setor saúde e da mercantilização da saúde, que é fator gerador de desigualdade no acesso e no uso efetivo de serviços de saúde.

A trajetória da proposição de UHC põe em evidência que a mesma privilegia a cobertura financeira, o que é muito distinto de garantir o direito universal à saúde. Cobertura financeira expressa a titularidade por um seguro. Significa que todas as pessoas possam comprar ou estar afiliadas a algum tipo de seguro (privado ou público), o que não garante acesso e uso quando necessário, nem a equidade. Esta concepção de cobertura difere do conceito de cobertura como uma medida sanitária que associa prestação com acesso e uso efetivos (Noronha, 2013).

A proposta de UHC tem, portanto, três componentes centrais: foco no financiamento por combinação de fundos (*pooling*) gerenciados por seguradoras privadas ou públicas; afiliação por modalidade de asseguramento; e definição de cesta limitada de serviços (Giovannella et al, 2018). O objetivo principal da proposta de UHC é a proteção financeira em saúde, isto é, que todas as pessoas possam acessar serviços de saúde sem dificuldades financeiras, ao reduzir os pagamentos diretos no ato da utilização (*OOP*) e evitar gastos catastróficos. Resulta, entretanto, em cobertura segmentada por seguros diferenciados por grupos sociais conforme sua renda. O cidadão é elegível ou não a depender das regras de cada seguro e os serviços cobertos dependem de sua capacidade de pagamento e correspondem a diferentes cestas/pacotes de serviços de atenção aos indivíduos, cristalizando desigualdades (Laurell, 2018). Contratos de seguros cobrem intervenções específicas e prescindem do desenho de um sistema de saúde integral e integrado. Assim, na concepção da UHC o direito à saúde se restringe ao asseguramento de uma cesta de serviços restrita a ser contratada, reeditando a APS seletiva, concepção antagônica à APS abrangente afirmada em Alma-Ata.

¹ O Brasil, com seu sistema universal de saúde, SUS, apresenta baixos gastos catastróficos. Estudo realizado em base a inquéritos populacionais de orçamentos familiares em doze países latino americanos evidenciou o Brasil como o país com menor proporção da população que incorre em gastos catastróficos com saúde (2,2%) (Knaut et al, 2012).

Os *sistemas universais de saúde* consagram a garantia do acesso universal como condição de cidadania, promovem redistribuição e garantem o acesso dos mais desfavorecidos em igualdade de condições. Já a proposta de cobertura universal reduz o papel do Estado à regulação do sistema de saúde. O Estado deve promover o asseguramento e/ou contratar serviços privados para oferecer às pessoas que não possam comprá-los no mercado.

A miríade e diversidade de contratos entre seguradoras e prestadores, na concepção UHC, aumenta custos operacionais e administrativos, implicando em menor eficiência do sistema. Sistemas de serviços de saúde baseados no mercado – como bem exemplifica o caso dos EUA – são mais caros, não garantem acesso, produzem maior iatrogenia e iniquidades, são menos efetivos, com impactos negativos na saúde da população em comparação com sistemas públicos universais de saúde assentados na APS forte (Wagstaff, 2011; Schneider et al, 2017; Starfield, Shi & Macinko, 2005; Kringos et al; 2010).

Na UHC, a prestação é fragmentada, pois utiliza a lógica financeira e não inclui componentes de desenho do sistema de saúde como territorialização e organização de redes, o que impede a continuidade do cuidado e a coordenação entre os serviços e dentro deles, com perda da efetividade da APS. Ademais, o foco da proteção dos seguros está na atenção médica individual, pois os contratos são individuais, com prêmios calculados conforme características de cada um e abrangência do pacote contratado, prescindindo de enfoque populacional e territorial.

A garantia de cuidado integral (individual e coletivo), que congregue ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, e medidas de saúde pública destinadas ao coletivo e ao ambiental, exigem o desenho de um sistema de saúde com coordenação entre serviços primários, secundários e terciários, organizados em rede, integrados e territorializados, distribuídos com economia de escala e orientados pela APS, com predomínio da administração e prestação públicas, resultando em melhor qualidade, menores custos e maior eficiência (Wagstaff, 2011; Schneider et al, 2017).

A proposta de cobertura universal alinha-se às concepções de reformas de saúde pró-mercado e reformas gerencialistas da “nova administração pública”, que promulgaram a separação de funções entre financiadores e prestadores (*purchaser - provider split*), a retirada do Estado na provisão de serviços e os subsídios à demanda (isto é, subsídios para a compra de seguros) em contraposição aos subsídios à oferta, por meio da prestação pública de serviços de saúde. Reitera a proposição de seletividade e focalização das políticas sociais e de saúde das agências financeiras internacionais difundidas desde a década de 1980 (WB, 1993).

A proposta de UHC corresponde a uma concepção de cidadania restrita da visão liberal, uma modalidade de intervenção governamental residual (Fleury, 1985). O Estado deve subsidiar um seguro e garantir uma cesta restrita de benefícios para aqueles grupos pobres que ‘fracassaram’ em garantir suas necessidades básicas no mercado.

Ênfase nos subsídios à demanda implica em provisão privada de serviços de saúde, entendida como mais eficiente. Não há, no entanto, evidências consensuais sobre a maior eficiência e qualidade da prestação privada. Revisões sistemáticas da literatura mostram que prestadores privados respondem a demandas e não às necessidades de saúde da população; se instalam em áreas de maior desenvolvimento socioeconômico; ofertam serviços mais rentáveis; prestam mais serviços desnecessários e mais frequentemente violam padrões da boa prática médica; são menos eficientes e têm resultados inferiores em saúde do que os serviços públicos. Porém, podem prover atenção mais oportuna e cuidados mais personalizados (Basu et al, 2012; Berendes et al, 2011).

Outra recente revisão de literatura internacional sobre a terceirização de serviços de saúde em países de renda média e baixa aponta que não há evidências de que a mesma seja mais efetiva na melhoria do uso de serviços de saúde do que provisão similar pelo setor público. Há carência de estudos bem desenhados que possam avaliar estas relações, sendo a decisão por terceirização mais uma opção política do que técnica (Odendaal et al, 2018). Há que se considerar também nestas escolhas, questões éticas envolvidas na predominância do setor privado nos sistemas de saúde, com destaque para a redução da equidade nos sistemas com opção predominante voltada para a participação do setor privado.

A UHC envolve poderosos interesses econômicos com a expansão do mercado privado em saúde, no asseguramento, na prestação e na produção de insumos, medicamentos e equipamentos, como explicita a Fundação Rockefeller ao reconhecer a pressão de agentes do mercado (indústria farmacêutica, empresas prestadoras, companhias de seguro) para o aumento do financiamento público e privado em saúde (Rockefeller Foundation, 2012).

Desde a perspectiva dos países do sul global, é necessário reconhecer que a garantia do direito universal à saúde e ao acesso a serviços de saúde exige o enfrentamento destes interesses econômicos, com iniciativas para a construção de complexos produtivos da saúde orientados para as necessidades de saúde da população, em contraposição às tendências de comercialização, mercantilização e privatização da saúde.

Revitalizar a APS para a garantia do direito humano universal à saúde exige expressar as relações entre APS, acesso universal, desenvolvimento sustentável e redução das

desigualdades sociais. O acesso universal é garantido por meio do desenho de sistemas públicos universais integrados, nos quais a APS é base e orienta a organização de redes assistenciais integrais territorializadas.

É necessário mobilizar governos e sociedades para a construção de sistemas universais de saúde públicos e gratuitos, desenhados com base em modelos de APS integral que contribuam para a redução das desigualdades sociais, organizados territorialmente com distribuição regionalizada conforme necessidades de saúde populacionais que garantam acesso efetivo e oportuno a cuidados de qualidade a todos.

Atenção Primária à Saúde e Direito Universal à Saúde

A proposta de Declaração de Astana reafirma a saúde como direito humano fundamental, inscrito na constituição da WHO e que foi assumido na Declaração de Alma-Ata como meta a ser atingida por meio da APS, comprometendo-se a garantir Saúde para Todos no ano 2000. Em Alma Ata, a conclamação a todos para se comprometerem com a busca desta meta não elude o papel dos governos em sua responsabilidade no provimento de medidas sanitárias e sociais que asseguram a saúde das populações. Na Declaração de Alma-Ata os cuidados primários são colocados como a chave para atingir a meta de saúde para todos, associando-os ao desenvolvimento das sociedades e à redução das desigualdades sociais entre países e ao interior dos países, sob o princípio da justiça social.

A proposta atual de Declaração afirma o compromisso com a Agenda 2030 e de seus Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. A APS é vista na Declaração proposta como a base necessária para alcançar Cobertura Universal de Saúde (UHC). Desta forma, subsume a APS à cobertura universal que deixa de ser estratégia para o direito à saúde. **Ao transmutar o direito universal à saúde em direito à cobertura universal em saúde, ocorre uma transliteração, ou transposição de uma ordem política a outra, do direito para a cobertura. O conceito de direito à saúde, baseado no princípio igualitário de justiça social, que só pode ser garantido pelo Estado, foi transposto para um princípio de cobertura, isenta de dificuldades financeiras, que introduz a noção da cobrança pela prestação de serviços de saúde por agentes do mercado.**

Saúde não é uma mercadoria porque não tem um valor no mercado, apenas um uso para os indivíduos e as sociedades. Sendo um bem de relevância pública, o Estado tem o dever de assegurar as condições para que os indivíduos e a sociedade possam desfrutar de boa saúde e de atenção adequada, e enfrentar os determinantes sociais para promover a saúde. Essa

responsabilidade pública diante dos cidadãos não pode ser terceirizada. É necessário subordinar as lógicas fragmentadas de mercado à visão da saúde como um bem público.

A definição de bem público é uma escolha política da sociedade e não apenas uma escolha técnica. Por ser um bem público, o Estado não pode usar critérios de outra natureza que não a defesa da dignidade e da saúde, individual e coletiva, na organização dos serviços e na definição dos critérios de acesso aos serviços.

A incompatibilidade entre a saúde como mercadoria e a saúde como direito se dá porque o direito se aplica de forma igualitária e com garantia do poder público, sendo os custos da prestação socializados de acordo ao princípio da justiça social. A igualdade é o fundamento da cidadania, que permite a diversidade de acordo com as necessidades, mas repudia a diferença como princípio de organização da ação pública. Portanto, podemos falar de cidadanias diversificadas com base em necessidades distintas, o que comporta uma igualdade complexa. Não se pode, no entanto, falar de direito à saúde quando a cobertura se encontrar limitada a um pacote de ações básicas para uns, enquanto outros terão atenção integral, de acordo com recursos que são externos aos critérios sanitários, pois baseados em diferenciações socioeconômicas. Neste caso, ao invés de materializar o princípio da justiça social, a política de saúde passaria a reproduzir as desigualdades do mercado.

Assim, a cobertura universal da saúde reduz a APS a um conjunto de ações básicas, oferecidas por diferentes instituições provedoras, mas não assegura a integralidade da atenção à saúde como um direito de cidadania a ser garantido por um sistema universal de saúde. As diferentes coberturas em APS correspondem a diferentes vínculos dos indivíduos com os provedores, alguns dos quais se limitarão a uma seleção de cuidados básicos, uma APS limitada, seletiva, enquanto outros assegurarão outros níveis de cuidados, sendo nesse caso a APS o primeiro ponto de contato de um sistema universal integral. A defesa da APS como o coração do sistema de saúde exige que ela esteja conectada ao sistema integral de saúde, no qual os usuários tenham respostas efetivas de acordo às suas necessidades, com derivação a partir da entrada na APS.

É a segurança de que o direito à saúde deve ser garantido pelo poder público que o torna exigível. Como diretriz sanitária que articula e coordena as ações de saúde, a APS promove o empoderamento, pois cria condições materiais objetivas de prestação de cuidado de forma abrangente e integral.

Empoderamento significa o aumento dos graus de liberdade de indivíduos e grupos para tomar decisões em relação à sua saúde e exigir o direito à saúde. Diz respeito a um

processo tanto subjetivo quanto objetivo, em que se constituem sujeitos políticos, capazes de afirmar a sua vontade e tomar decisões em relação a um conjunto de alternativas.

Trata-se de um processo dialógico, no qual a interação entre profissionais e usuários permite a troca de informações, o respeito ao conhecimento de ambos, a capacidade de aceitação do outro como sujeito, isto é, aquele que pode agir em função de suas necessidades e desejos. Essa proposição implica que a equipe de saúde seja capaz de reconhecer os indivíduos como iguais, em relações horizontais, ainda que em posições funcionais distintas, portanto, capazes de responder às demandas por informação, estimular e compartilhar novos conhecimentos, compreender e respeitar a forma como os indivíduos constroem seu modo de vida e cultura. Só assim será possível que o cuidado de saúde seja fonte de transformação social.

No entanto, essa capacidade só se realiza se existem condições materiais para propiciar a adequada atenção à saúde. O empoderamento requer condições materiais objetivas de prestação do cuidado em todos os níveis de complexidade e de tratamento necessários ao atendimento das necessidades. Nesse sentido, só haverá verdadeiramente empoderamento se a APS não estiver restrita a um espaço, ou centro de saúde, mas seja uma diretriz que articula o conjunto de unidades que compõem o sistema de saúde.

O usufruto do direito à saúde implica a capacidade de compartilhar poder na gestão do sistema de saúde com os beneficiários, em todos os seus níveis – nacional, regional, local, unidades de saúde. Dessa forma, o sistema de saúde passa a ter um papel estratégico na democratização das políticas públicas, na socialização das informações sobre o funcionamento do governo e na prestação de contas e transparência do processo decisório. A experiência brasileira avançou na construção de uma arquitetura democrática com base na participação social, com o estabelecimento de Conselhos de Saúde em todos os níveis de governo, exemplo a ser seguido.

APS e equidade em saúde

Equidade é um princípio de justiça social. As injustiças sociais têm como base relações sociais estratificadas que determinam os processos por meio dos quais as pessoas obtêm acesso desigual aos recursos materiais e aos produtos sociais que resultam do uso desses recursos. Em saúde, é importante distinguir equidade na condição de saúde, de equidade no uso de serviços de saúde. Os determinantes das desigualdades no adoecer e no morrer diferem daqueles das desigualdades no uso de serviços de saúde. As desigualdades na condição de

saúde refletem, predominantemente, as desigualdades sociais, e, em função da relativa efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviços de saúde é condição importante, porém não suficiente, para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais no adoecer e morrer (Travassos, 1997).

A Declaração de Alma Ata foi motivada pela marcante desigualdade social e regional (intra e entre países) nas condições de saúde. A meta de Saúde para Todos no ano 2000 apontou os Cuidados Primários de Saúde como a chave para a sua realização. Portanto, no contexto da Declaração de Alma Ata, a equidade em saúde e APS constituem dois lados de uma mesma moeda. Isto quer dizer que uma se realiza através da efetivação da outra.

Há consenso de que a saúde é influenciada por várias circunstâncias sociais e ambientais, não apenas por cuidados de saúde. Na Declaração de Alma Ata, APS implica enfrentar os determinantes sociais da saúde e ainda que o acesso aos cuidados de saúde represente apenas um dentre vários determinantes sociais da saúde, o acesso e uso efetivo de serviços de saúde e a geração de sistemas de saúde universais orientados pela proposta de APS certamente impacta fortemente na redução das desigualdades sociais em saúde.

A capacidade da APS impactar na redução das desigualdades sociais e geográficas em saúde depende marcadamente de sua configuração. A ampliação do escopo dos sistemas de saúde e de suas práticas, associada ao ganho em sua efetividade, aumenta o impacto destas práticas na saúde das populações. Uma APS abrangente, integral e integrada tem maior impacto do que APS de caráter mais restrito e focalizado, concepção embutida na proposta de UHC. A APS pode ser uma política de redução de desigualdades sociais na saúde, desde que baseada na concepção abrangente e políticas públicas de saúde para a conformação de sistemas universais, conforme evidências de comparações internacionais (Starfield, 2011; Starfield, Shi & Macinko, 2005).

A promoção da equidade em saúde implica em superação das desigualdades, com justiça social, concentrando esforços na prestação dos serviços públicos e de acesso universal para o enfrentamento das iniquidades. Assim, urge aos Estados a produção e proteção de políticas públicas que enfrentem a concentração de riquezas nacionais e globais, assim como, políticas que reparem as dívidas étnicas, sexuais, de gênero e geração históricas nos países.

Uma premissa essencial é que o financiamento da APS não pode ser desvinculado do financiamento do acesso universal à saúde e, portanto, dos sistemas universais de saúde, sob pena de ruptura de uma visão integrada e da localização, conceitual e política, errônea da APS como uma base alternativa de financiamento da cobertura universal. A interface da APS e dos

sistemas universais envolve tanto uma dimensão técnica do cuidado – a resolutividade das intervenções em APS depende da organização local da APS e de sua interação regional e nacional em redes estruturadas de atenção – quanto uma dimensão política dos direitos. Uma APS estruturada com equipes multidisciplinares fortalece a atuação e a voz dos sujeitos individuais e, sobretudo coletivos, elevando o nível de conscientização da população pelos seus direitos, inclusive para aqueles não diretamente equacionados no âmbito do cuidado local. Uma estratégia bem-sucedida de APS, como a experiência brasileira recente de Estratégia da Saúde da Família, pressiona, ao mesmo tempo, o sistema de saúde como um todo para a garantia do cuidado em todos os níveis.

A atenção primária constitui, portanto, um caminho de cidadania e de direitos, cujo resultado em termos de acesso universal e do financiamento requerido somente pode ser atingido na presença de sistemas universais que se desenvolvam e que incorporem a APS como um de seus pilares estratégicos.

A APS é a base para a estruturação de um sistema universal e não sua negação ou sua substituição parcial como uma porta de entrada de restrição de acesso ou pacote mínimo.

É necessário superar uma visão burocrática do financiamento específico e focalizado da APS para uma visão que, embasada tecnicamente, aponte para a necessidade da incorporação pela sociedade e pelo Estado da saúde como direito e, portanto, para a definição política da prioridade do orçamento público para o financiamento dos sistemas universais.

Nessa direção, torna-se necessário indicar proposições para fazer frente ao contexto de limitação de direitos e de cidadania, sob a marca da cobertura universal em saúde e da visão da APS como uma iniciativa marcadamente contábil para desonerar os sistemas de saúde com o fornecimento de cestas ou pacotes de acesso de baixo custo, complexidade e tecnologia.

Uma primeira proposição é a necessidade de priorização, pelos sistemas nacionais e pelos organismos internacionais, do financiamento público à saúde, tratando-a como bem público com a conseqüente desmercantilização do acesso (Viana & Elias, 2007). **Na experiência internacional, alguns parâmetros aparecem como piso para a possibilidade de constituição de sistemas universais, fundados em uma APS resolutiva e integral: a necessidade de um financiamento público mínimo de 70% dos gastos nacionais e globais em saúde; e o piso de 7% do gasto público em saúde em relação ao PIB. Estes constituiriam uma meta factível para os países menos desenvolvidos se houver uma base de sustentação política e social (Gadelha et al, 2012).**

Outra proposição é a revogação de todo e qualquer limite rígido do investimento público com a saúde, imposto nos atuais programas de ajuste fiscal/austeridade, como no caso brasileiro. Outras variáveis de despesas como as despesas financeiras e os incentivos tributários deveriam ser as variáveis de ajuste, sem incidir na garantia de cidadania e dos direitos humanos.

Para conferir uma base financeira concreta para os sistemas universais de saúde e à APS sugere-se uma diretriz de reestruturação dos sistemas tributários nacionais, no sentido de implementar sistemas tributários progressivos, cuja arrecadação seja baseada na renda (incluindo lucros e dividendos) e no patrimônio (incluindo heranças), com faixas progressivas e diferenciadas para o topo da pirâmide dos segmentos mais ricos da população (1% das pessoas possuem 50% do patrimônio global – dados “insuspeitos” do Presidente do Fórum Econômico Mundial).

Revitalizar a APS segundo o espírito de Alma Ata

A política de austeridade imposta, no presente, por organismos financeiros multilaterais e pelos países desenvolvidos para os países do sul global, vai muito além de uma ação para o equilíbrio das contas públicas. Na realidade, trata-se de uma proposta de redução da responsabilidade governamental na promoção da justiça social, contenção e retrocesso nos direitos e no Estado de Bem-Estar, em favor de interesses rentistas no mercado financeiro. Esta política se fortalece no setor saúde quando se defende a cobertura universal, envolvendo restrição de acesso e fornecimento de cestas de serviços que segmentam a sociedade e cristalizam desigualdades. Outro equilíbrio fiscal, com crescimento, desenvolvimento sustentável e bem-estar é possível, superando a perversa visão da austeridade que ameaça a garantia dos direitos humanos.

Em vez de cobertura universal da saúde é decisivo reafirmar a perspectiva de construção de sistemas públicos universais de saúde que, além de garantir cidadania, direito e equidade, têm potencial de mobilizar a economia e o desenvolvimento sustentável. Nessa perspectiva, a atenção primária deixa de ser um meio de limitar o acesso, como na proposta de cobertura universal; torna-se a ação mais estruturante e efetiva para a construção de sistemas universais que garantam o direito à saúde, não deixando ninguém para trás. No lugar da austeridade e da limitação do acesso e dos direitos, o Brasil propõe “desenvolvimento justo e sustentável e atenção primária à saúde abrangente no coração de sistemas públicos universais“.

A revitalização da APS no espírito de Alma Ata, sem retrocessos, na perspectiva dos povos do sul global, exige, portanto, o compromisso global e o reconhecimento:

- da responsabilidade dos governos e sociedades pela garantia do direito humano fundamental, universal, à saúde e ao acesso a serviços de saúde com equidade;

- da necessidade de construção de sistemas universais de saúde como dever do Estado e responsabilidade governamental, financiados por fundos públicos e serviços prestados por instituições públicas;

- da inseparabilidade do desenvolvimento sustentável e seus pilares econômico, ambiental e social, da saúde, reconhecendo a determinação social e ambiental da saúde e a necessidade de intervir nas políticas públicas (Saúde em Todas as Políticas) para promover a saúde e a equidade;

- da responsabilidade dos governos em todos os níveis de promover a justiça social, a sustentabilidade ambiental e a superação das desigualdades sociais;

- da reorientação dos complexos produtivos da saúde para as necessidades de saúde da população e garantia do direito universal à saúde em defesa da vida;

- da necessidade de financiamento solidário, em base a sistema tributário progressivo para financiar sistemas de saúde públicos universais com justiça fiscal e equidade;

- da prioridade para o orçamento governamental para a saúde e para a seguridade social: saúde é investimento, e não gasto;

- da APS como o coração de sistemas públicos de saúde universais, integrais e de qualidade;

- da APS como coordenadora de um processo contínuo de atenção integral em uma rede de serviços regionalizada e territorializada;

- da APS como elemento fundamental ao nível local para governança das políticas públicas e da dinamização social e econômica;

- da participação social como poder compartilhado na construção de sistemas de saúde e de sociedades democráticas.

Saúde não é mercadoria: pela não comercialização, mercantilização e privatização da saúde.

Sistemas públicos universais de saúde ancorados na APS integral, indissociáveis do desenvolvimento sustentável, em sociedades democráticas, materializam o caminho mais

efetivo, equitativo e eficiente para garantia do direito humano universal ao acesso a serviços de saúde e à saúde, superando as desigualdades sociais.

Referências

- Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *American Journal of Public Health* 2009; 99(1):87-93.
- Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative performance of private and public health care systems in low and middle-income countries: a systematic review. *Plos Medicine* 2012; 9(6):1-14.
- Berendes S, Heywood P, Oliver S, Garner P. Quality of private and public ambulatory health care in low and middle income countries: systematic review of comparative studies. *Plos Medicine* 2011; 8(4):1-10.
- Birn AE. Back to Alma Ata, from 1978 to 2018 and beyond. *AJPH Perspectives. American Journal of Public Health* 2018; 108(9):1153-5.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Título 8. Da ordem Social. Brasília: Congresso Nacional; 1988.
- CNS - Conselho Nacional de Saúde. Posicionamento da Câmara Técnica de Atenção Básica, do Conselho Nacional de Saúde, sobre a Conferência de Astana. Brasília: CNS, 2018. Disponível em: <http://www.susconecta.org.br/cns-participara-de-conferencia-global-sobre-atencao-primaria-a-saude-no-cazaquistao/> acesso em 20 set 2018.
- Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health* 2004; 94(11): 1867-74.
- Fleury S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. *Lancet* Vol 377 May 21, 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60318-8
- Fleury SM. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. *Cad. Saúde Pública* 1985; 1(4), 400-417.
- Gadelha CAG, Temporão JG. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(6):1891-1902.
- Gadelha CAG, Maldonado J, Vargas M, Barbosa PR, Silveira CL. *A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
- Giovanella L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2018; 23(6): 1763-1776.
- Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *Journal of Ambulatory Care Management*. 2009; 32(2): 115–122.
- Knaul FM et al. Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. *Salud Pública de México* 2011;53 Suppl 2: s85-95.
- Kringos DS et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC HSR*. 2010; 10(1):65-78.

Laurell AEC. Políticas de salud en pugna: aseguramiento frente a sistemas universales públicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2668. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1074.2668>.

Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care–Sensitive Hospitalizations among Adults in Brazil, 1999–2007. *American Journal of Public Health*, 2011; 101(10): 1963-70.

Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(5):847-849.

Nogueira ML. O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2017. 541f. Disponível em: <http://www.btdt.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=12212> Acesso em: 14 de agosto de 2018.

Odendaal WA, Ward K, Uro-Chuckwu H, Chitama D, Balakrishna Y, Kredo T. Contracting out to improve the use of clinical health services and health outcomes in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018. Issue 4; 2018.

OMS - Organização Mundial da Saúde. *Declaração de Alma-Ata*. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978.

OMS - Organização Mundial da Saúde. *Financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal. Relatório Mundial da Saúde 2010*. Genebra: OMS; 2010.

OPAS. *CD53/5, Rev. 2 Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde*. 53°. Conselho Diretor. 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas Washington, D.C., EUA, 29 de setembro a 3 de outubro de 2014.

Rasella D. *et al*. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*, London, v. 348, g4014, 2014.

Rockefeller Foundation. *Future health markets: a meeting statement from Bellagio*. Bellagio: Rockefeller Foundation, 2012.

Schneider EC, Sarnak DO, Squires D, Shah A, Doty MM. *Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care*. New York: The Commonwealth Fund; 2017.

Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83:457-502.

Starfield B. Politics, primary healthcare and health: was Virchow right? *J Epidemiol Community Health*. 2011; 65:653e655. doi:10.1136/jech.2009.102780.

Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública* 1997; 2(13):325-330.

Viana ALD, Elias PEM. Saúde e desenvolvimento. *Cien Saude Colet* 2007; 12(3):1765-1778.

Wagstaff A. *Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems—Evidence from the OECD*. The World Bank. Development Research Group. 2009.

WB-World Bank. World Development Report 1993. *Investing in Health*. New York: Oxford University Press; 1993.

WHO, WB - World Health Organization, World Bank (WHO, WB). *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*. WHO and WB; 2017.

WHO. WHA Resolution 58.33 Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. Geneva, 2005. Disponível em: <https://goo.gl/R1R86c>

WHO. WHA Resolution 64.9 Sustainable health financing structures and universal coverage. Geneva, 2011. Disponível em: <https://goo.gl/JnZDrs>

WHO. Global Conference on Primary Health Care. <http://www.who.int/primary-health/conference-phc>. acesso em 7 de setembro 2018.

WHO/UNICEF. *Astana Declaration on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals*, Disponível em: [http://www.who.int/primary-health/conference-phc/DRAFT Declaration on Primary Health Care 28 June 2018.pdf](http://www.who.int/primary-health/conference-phc/DRAFT%20Declaration%20on%20Primary%20Health%20Care%2028%20June%202018.pdf) acesso em Agosto 2018.