

**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**  
**Programa de Mestrado em Saúde Pública**

**Ana Luisa Barros de Castro**

**A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008**

**Rio de Janeiro**  
**2009**

**Ana Luisa Barros de Castro**

**A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública. Curso de Pós – graduação em Saúde Pública – área de concentração em Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristiani Vieira Machado**

**Rio de Janeiro  
2009**

**Ana Luisa Barros de Castro**

**A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública. Curso de Pós – graduação em Saúde Pública – área de concentração em Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dra. Cristiani Vieira Machado (coordenadora)

---

Prof. Dra. Ana Luiza d`Ávila Viana

---

Prof. Dra. Márcia Cristina Rodrigues Fausto

---

Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta

---

Prof. Dra. Maria Helena Magalhães Mendonça

*Para Marcello, pela compreensão e carinho em todos os momentos.*

## Agradecimentos

Os dois anos de duração do mestrado na Escola Nacional de Saúde Pública foram muito marcantes. Até o momento considero a etapa mais árdua do meu processo de formação acadêmica, porém o mais gratificante e de maior crescimento, sem dúvidas.

Desde o processo seletivo tive que enfrentar o medo, a insegurança e a timidez. Superá-los só foi possível com a ajuda de Deus, sem o qual nada sou, e apoio de diversas pessoas.

Foi com surpresa que recebi o *email* que definia a minha orientadora, pois não conhecia Cristiani Vieira Machado. Naquele momento eu ainda não tinha idéia do grande presente que receberia da ENSP ao me tornar sua primeira orientanda de mestrado. Sua delicadeza e compreensão foram cruciais para percorrer a trajetória de construção desta dissertação, momentos que guardarei para sempre com muito carinho.

Outra surpresa agradável foi fazer parte da menor turma de Planejamento da ENSP. Éramos sete pessoas, com formações e origens distintas, mas todos com elevado grau de responsabilidade e seriedade na condução das obrigações acadêmicas. Flavi, Maris, Dani, João e Cláudia, foi um prazer enorme conhecê-los e compartilhar momentos de desespero e alegria com vocês. Nessa turma tive também a oportunidade de conhecer melhor e conviver mais – literalmente - com a Adelyne, uma mineirinha de Machado recém-chegada ao Rio, que em tão pouco tempo se tornou uma grande amiga.

Na ENSP tive a oportunidade de aprender e crescer a cada disciplina, com cada professor. Porém, depois de minha orientadora, recebi muitas contribuições das professoras Tatiana e Luciana. Cris, Tati e Kalu são para mim exemplos de mães, esposas e profissionais competentes. Pude contar também com a colaboração das professoras Márcia Fausto e Maria Helena Mendonça, que acompanham meu trabalho desde a qualificação do projeto.

Em virtude da inserção desta dissertação no âmbito dos projetos “O papel da autoridade sanitária nacional na construção do SUS: a atuação do Ministério da Saúde no Governo Lula” e “A política de saúde no Governo Lula: continuidades e mudanças na condução nacional do Sistema Único de Saúde”, a realização da pesquisa de campo contou com o apoio financeiro de duas instituições: o CNPQ e a FAPERJ. Parte dos recursos disponibilizados foi destinada ao custeio de passagens e diárias e também ao pagamento de despesas com transcrição de entrevistas. Agradeço à Ávila, amiga querida dos tempos de residência, que gentilmente me acolheu em sua casa, juntamente com seu companheiro

Adriano, nos dois momentos em que estive em Brasília. Agradeço também a todos os entrevistados por terem dedicado algumas horas de sua agenda tão complicada a ouvirem minhas questões. A inclusão da análise orçamentária dentre as estratégias metodológicas só foi possível graças a ajuda de Rodrigo Benevides, que gentilmente forneceu a tabela com a fórmula para a correção dos valores financeiros pela inflação.

Mudar de estado civil, de cidade e ainda por cima no início do segundo ano de mestrado, talvez tenha sido o maior desafio que já enfrentei. Sair da Cidade Maravilhosa e do aconchego de familiares e amigos para construir uma vida nova, a dois, embora fosse a realização de um sonho, trazia consigo muitas expectativas. O frio de Curitiba foi amenizado pelos maravilhosos amigos que conheci. Mi, Saymon, Coqueiro, Gil, Mara, Carlos, Richard e Lygia, muito obrigada pela forma calorosa como vocês nos receberam e pelo suporte ao Marcello nos longos períodos em que permaneci no Rio. Não poderia deixar de mencionar que a transição sem sofrimento contou com o carinho de verdadeiros amigos que apesar da distância física nunca nos esqueceram. Em especial destaco os casais Tati e Marcelo, Lu e Rodrigo. Lu, grande amiga de infância, não media esforços para me buscar no Galeão e me proporcionar momentos maravilhosos de descontração. Sua amizade é um presente de Deus em minha vida.

Meus pais, Wilson e Ana Maria, sempre me proporcionaram condições favoráveis para a dedicação plena aos estudos, por acreditarem no meu trabalho e potencial. Ao longo do mestrado não foi diferente. O carinho, o cuidado, a preocupação em me agradar em pequenos detalhes não me deixavam esquecer o quão amada sou por eles.

Com Marcello, que no começo do mestrado era meu noivo e agora é o esposo que sempre sonhei, pude contar com o amor, a paciência e o estímulo, fundamentais em todos os momentos de construção desta dissertação. Não tenho palavras para agradecer-lo!

*“É melhor tentar e falhar que preocupar-se e ver a vida passar. É melhor tentar, ainda que em vão, que sentar-se fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar que em dias tristes me esconder. Prefiro ser feliz embora louco, que em conformidade viver.”*

**Martin Luther King**

## Resumo

Este estudo analisa a atenção primária na política nacional de saúde brasileira no período de 2003 a 2008, a partir da compreensão da inserção dessa política na nova agenda federal que se inicia com a ascensão de Lula à presidência da república.

A metodologia do estudo se baseou no marco teórico do institucionalismo histórico e no conceito de *path-dependence*, compreendendo uma diversidade de estratégias, tais como: realização de revisão bibliográfica; análise documental; análise de bases de dados secundários; análise orçamentária e realização de sete entrevistas com atores-chave.

A pesquisa identificou elementos de continuidade e mudança na condução federal da política nacional de atenção primária à saúde (APS) no governo Lula. Dentre as estratégias federais prioritárias no âmbito da APS, identificou-se a ênfase no Programa de Saúde da Família (PSF), que permanece ao longo de todo o período analisado. Entretanto, observou-se no período de 2003 a 2005 a presença de visões distintas em relação ao modelo de atenção básica e a inserção do PSF, enquanto no período seguinte, 2006 a 2008, houve a reafirmação deste programa como a estratégia prioritária de organização da APS no país.

A inovação mais expressiva pode ser atribuída à criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. No que concerne ao modelo de intervenção do gestor federal nesta política específica, destaca-se o papel residual de execução direta das ações e serviços de saúde, fragilidades no que diz respeito ao planejamento e ênfase na regulação e no papel de financiador de programas e políticas. Em todo o período analisado a formulação da política de APS no âmbito nacional foi amplamente compartilhada com os diferentes atores nos espaços formais de pactuação e deliberação.

Avanços ocorreram no que diz respeito à APS no governo Lula. Foi possível observar além de elementos de continuidade, mudanças incrementais e algumas inovações importantes, tais como a ampliação da cobertura e do escopo das ações no âmbito da atenção primária à saúde, ainda que desafios antigos não tenham sido superados.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Ministério da Saúde; Programa de Saúde da Família.

## **Abstract**

This study examines the primary care in the Brazilian national health policy between 2003 and 2008, from the understanding of the integration agenda of the new federal policy that begins with the rise of Lula to the presidency of the republic.

The methodology of the study was based on the theoretical framework of historical institutionalism and the concept of path-dependence, including a variety of strategies, such as: completion of literature review, document analysis, analysis of secondary databases, budget analysis and execution of seven interviews with key actors.

The study identified elements of continuity and change in the conduct of the federal policy of primary health care (PHC) in the Lula government. Among the strategies under the federal priority APS, identified to focus on the Family Health Program (FHP), which remains throughout the period analyzed. However, it was observed between 2003 and 2005 the presence of different views on the model of primary care and integration of the FHP, while the following period, from 2006 to 2008, there was the reaffirmation of this program as a strategic priority for the organization of the PHC in the country.

The most significant innovation can be attributed to the creation of Centers of Support for Family Health (NASF). Regarding the model of the authorizing federal intervention in this specific policy, there is the role of residual direct implementation of activities and health services, weaknesses in regard to planning and emphasis on the role of regulation and funding of programs and policies. Throughout the period analyzed the formulation of policy at the national PHC was widely shared with all actors in the areas of agreement and formal approval.

Progress occurred in respect of APS in the Lula government. It was observed in addition to elements of continuity, incremental changes and some important innovations, such as expansion of coverage and scope of actions within the primary health care, though not old challenges have been overcome.

**Keywords:** Primary health care, Ministry of Health, Family Health Program.

## Lista de Quadros, Tabelas e Figuras

### Quadros

Quadro 1.1 - Síntese do posicionamento das principais agências internacionais sobre atenção primária em saúde e proteção social.....	51
Quadro 2.1 - Diretrizes e características do desenho inicial do PSF.....	76
Quadro 3. 1 -Caracterização do perfil e trajetória dos Ministros da Saúde do governo Lula, no período de 2003 a 2008.....	106
Quadro 3. 2 -Caracterização do perfil dos secretários de atenção à saúde do governo Lula, no período de 2003 a 2008.....	110
Quadro 3.3 - Caracterização do perfil dos diretores do Departamento de Atenção Básica no período de janeiro de 2003 a junho 2008.....	111
Quadro 3. 4: Quadro comparativo entre a proposta do Núcleo de Saúde Integral e o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família.....	120
Quadro 4.1 - Portarias do Ministério da Saúde referentes à atenção básica, segundo autor. Brasil, janeiro de 2003 a junho de 2008.....	133
Quadro 4.2 - Instrumentos legais relevantes para a atenção básica editados no período de janeiro 2003 a junho de 2008.....	153
Quadro 5.1 - Percentual referente à presença de temas relacionados à política nacional de atenção básica nas pautas de reuniões da CIT, janeiro de 2003 a junho de 2008.....	169
Quadro 5.2 - Principais temas referentes à atenção primária debatidos na CIT, por ano, 2003 a 2008.....	171
Quadro 5.3 - Percentual referente à presença de temas relacionados à política nacional de atenção básica nas pautas de reuniões do CNS, janeiro de 2003 a junho de 2008.....	174
Quadro 5.4 - Principais temas referentes à atenção primária debatidos no CNS, por ano, 2003 a 2008.....	175
Quadro 5.5 – Aspectos gerais e principais temas debatidos nas Conferências Nacionais de Saúde realizadas no período de 2003 a 2008.....	178

### Tabelas

Tabela 4. 1 – Distribuição das portarias do grupo Gestão segundo subgrupo.....	137
Tabela 4.2 - Distribuição das portarias do grupo financiamento por subgrupo.....	139

## **Figuras**

Figura 2.2 – Histórico de cobertura do PSF.....	82
Figura 2.3 - Evolução do número de equipes implantadas de Saúde da Família. Brasil, 1998-2002.....	83
Figura 2.4 - Evolução da população coberta por equipe de Saúde da Família. Brasil, 1998 a 2002.....	83
Figura 3.1 - Evolução do número de equipes implantadas de Saúde da Família, Brasil, 1998 a 2007.....	113
Figura 3.2 - Evolução da população coberta por equipe de Saúde da Família, Brasil, 1998 a 2007.....	113
Figura 3.3 - Histórico de cobertura do PSF no governo Lula.....	114
Figura 3.4 - Evolução do número de equipes implantadas de Saúde Bucal. Brasil, 2001 a 2007.....	115
Figura 3.5 - Evolução do percentual da população brasileira coberta por equipe de Saúde Bucal, 2001 a 2007.....	116
Figura 4.1–Evolução do número de unidades ambulatoriais segundo esfera administrativa. Brasil, 1992,1999 e 2002.....	126
Figura 4.2 – Evolução do número de unidades ambulatoriais federais. Brasil, 2006 a 2008.....	127
Figura 4.3 – Número de unidades ambulatoriais federais, por UF. Brasil, agosto de 2008.....	127
Figura 4.4 – Evolução do número de portarias relevantes para atenção básica. Brasil, janeiro de 2003 a junho de 2008.....	133
Figura 4. 5 - Portarias relevantes para a atenção básica segundo grupos temáticos. Brasil, janeiro de 2003 a junho de 2008.....	134
Figura 4.6 - Portarias do Ministério da Saúde do grupo Gestão. Brasil, janeiro de 2003 a junho de 2008.....	138
Figura 4.7 - Portarias do Ministério da Saúde do grupo Financiamento. Brasil, janeiro de 2003 a junho de 2008.....	140
Figura 4.8 – Evolução da execução orçamentária do Ministério da Saúde com o programa Atenção Básica, em valores ajustados pela inflação. Brasil, 2004 a 2007.....	156

Figura 4.9 – Peso da Atenção Básica na execução orçamentária do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde. Brasil, 2004 a 2007.....	157
Figura 4.10 – Evolução dos valores referentes às transferências federais da atenção básica e média e alta complexidade, ajustados pela inflação. Brasil, 1998 a 2006.....	158
Figura 4.11 – Evolução dos valores <i>per capita</i> referentes às transferências federais da atenção básica, por região, ajustados pela inflação. Brasil, 1998 a 2006.....	159
Figura 4.12 – Evolução dos valores <i>per capita</i> referentes às transferências federais de média e alta complexidade, por região, ajustados pela inflação. Brasil, 1998 a 2006.....	160
Figura 4.13 – Valores per capita das transferências referentes á média e alta complexidade e atenção básica, em valores R\$ de Dez/2007, por UF. Brasil – 2006.....	161
Figura 4.14 – Composição percentual das transferências federais segundo tipo, por UF. Brasil – 2006.....	162
Figura 4.15 – Evolução do número de incentivos de atenção básica, por ano. Brasil, 1998-2006.....	163
Figura 4.16 – Evolução dos valores dos principais incentivos de atenção básica, ajustados pela inflação. Brasil, 1998 – 2006.....	163
Figura 4.17 – Composição percentual dos principais incentivos de atenção básica, por ano. Brasil, 1998 a 2006.....	164

## Lista de Siglas

AB – Atenção Básica  
ACD – Atendente de Consultório Dentário  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
AIS - Ações integradas de Saúde  
AMQ - Avaliação para Melhoria da Qualidade  
AMS - Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE  
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar  
APS – Atenção Primária à Saúde  
BA – Bahia  
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento  
BM - Banco Mundial  
BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social  
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões  
CE – Ceará  
CEBES - Centro de Estudos Brasileiros de Saúde  
CENDES - Centro Nacional de Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela  
Cenepi – Centro Nacional de Epidemiologia  
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas  
CEPAL – Comissão Econômica das Nações Unidas para a América Latina  
CFM - Conselho Federal de Medicina  
CIB - Comissão Intergestores Bipartite  
CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação  
CIT – Comissão Intergestores Tripartite  
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho  
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASP - Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária  
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
*COPC - Community Oriented Primary Care*  
COSAC - Coordenação de Saúde da Comunidade  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
DAD – Departamento de Apoio à Descentralização  
DATASUS - Departamento de Informação e Informática do SUS  
DF – Distrito Federal  
DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública  
EC 29 – Emenda Constitucional nº 29  
EMO - Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos  
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública  
ESB – Equipe de Saúde Bucal  
ESF – Equipe básica de Saúde da Família  
FHC - Fernando Henrique Cardoso  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FNRMS - Fórum Nacional dos Residentes Multiprofissionais em Saúde  
FSESP – Fundação Serviço Especial de Saúde Pública  
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde  
FUNRURAL - Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural  
GM – Gabinete do Ministro  
GPAB – Gestão Plena da Atenção Básica  
GPAB-A – Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada  
GPs - *General Practitioners*  
GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal  
HPP – Hospital de Pequeno Porte  
IAB-PI - Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas  
IAFAB – Incentivo para a Assistência Farmacêutica Básica  
IAIA - Instituto de Assuntos Interamericanos  
IAPB - Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Bancários  
IAPC - Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes  
IAPI - Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Industriários  
IAPM - Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos  
IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano  
IES - Instituições de Ensino Superior  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS - Instituto Nacional da Previdência Social  
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social  
IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo  
IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas  
LRPD - Laboratórios Regionais de Próteses Dentária  
MA - Maranhão  
MDB – Movimento Democrático Brasileiro  
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome  
MEC - Ministério da Educação  
MESA - Ministério Extraordinário para a Segurança Alimentar e o Combate à Fome no Brasil  
MESP - Ministério da Educação e Saúde Pública  
MG – Minas Gerais  
MS – Ministério da Saúde  
MTIC - Ministério do Trabalho Indústria e Comércio  
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família  
NESCON – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva  
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde  
NOBs - Normas Operacionais Básicas  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde  
OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público  
OSS - Orçamento da Seguridade Social  
PAB - Piso de Atenção Básica  
PABA – Piso de Atenção Básica Ampliado  
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde  
PAISC - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança  
PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PB – Paraíba  
PC do B – Partido Comunista do Brasil  
PCB – Partido Comunista Brasileiro  
PES – Planejamento Estratégico em Saúde  
PET- Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde  
PFP - Programa Farmácia Popular do Brasil  
PHC - *Primary Health Care*  
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
PIB - Produto Interno Bruto  
PL – Partido Liberal  
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro  
PMN – Partido da Mobilização Nacional  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PND - Plano Nacional de Desenvolvimento  
PNI – Programa Nacional de Imunização  
PNS – Plano Nacional de Saúde  
PPA - Plano de Pronta Ação  
PPA – Plano Plurianual  
PPI - Programação Pactuada e Integrada  
PPIVS - Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde  
PR – Paraná  
PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde  
PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família  
Pró-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde  
PROUNI - Programa Universidade para Todos  
PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira  
PSE - Programa Saúde na Escola  
PSF – Programa de Saúde da Família  
PT – Partido dos Trabalhadores  
REFORSUS - Reforço à Reorganização do SUS  
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais  
RJ – Rio de Janeiro  
RN – Rio Grande do Norte  
RS – Rio Grande do Sul  
SADT - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico  
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde  
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde  
Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde do Ministério da Saúde  
*SciELO - Scientific Electronic Library Online*  
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
SCTIE - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos  
SE - Secretaria Executiva  
SE – Sergipe  
SES – Secretaria Estadual de Saúde  
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública  
SGEP – Secretaria de Gestão Participativa  
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
SIA- SUS – Sistema de Informação Ambulatorial  
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SICON - Sistema de Informações do Congresso Nacional  
Siga Brasil - Sistema de Informações sobre Planos e Orçamento Público  
SINPAS - Sistema Nacional de Previdência Social  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SNS - Sistema Nacional de Saúde  
*SPC - Selective Primary Care*  
SPS – Secretaria de Políticas de Saúde  
SPT - Saúde para todos  
SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública  
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde  
THD – Técnico em Higiene Dental  
UF - Unidade da Federação  
UNICEF - *United Nations Children's Fund*  
URSS - União Soviética  
US - Unidade de Serviço  
USF - Unidade de Saúde da Família

## Sumário

<i>Apresentação</i> .....	19
Metodologia .....	27
Estrutura da dissertação .....	33
<i>Parte I – Concepções e trajetória da APS no sistema de saúde brasileiro</i> .....	35
<i>Capítulo 1 – Concepções sobre atenção primária e seu papel nos diferentes sistemas de saúde</i> .....	36
Aspectos históricos e conceituais referentes à atenção primária à saúde .....	36
Inserção da APS nas propostas de reforma dos sistemas de saúde em países centrais e periféricos .....	43
O papel das agências internacionais na disseminação de políticas e programas de atenção primária para países em desenvolvimento .....	47
<i>Capítulo 2 – Trajetória da APS no sistema de saúde brasileiro</i> .....	53
Organização dos serviços de saúde e a atenção primária no período pré-SUS.....	53
A implementação do Sistema Único de Saúde na década de 1990.....	67
A atenção primária à saúde no SUS.....	72
O histórico do PSF .....	74
Desafios para o PSF ao final da década expandida: algumas evidências a partir dos estudos de implementação .....	84
<i>Parte II – A atenção primária na política de saúde brasileira no governo Lula.</i> .....	92
<i>Capítulo 3 – A APS no governo Lula: contexto, inserção na agenda política da saúde e estratégias prioritárias</i> .....	93
O início de uma nova conjuntura .....	93
A política de saúde no governo Lula .....	95
Inserção da APS na nova agenda federal .....	100
A condução da APS no âmbito do Ministério da Saúde.....	103
Concepções e estratégias prioritárias no âmbito da APS.....	112
<i>Capítulo 4 – O modelo de intervenção federal na APS: a ênfase na regulação e no financiamento</i> .....	126
Execução direta de ações e serviços.....	126
Planejamento.....	129
Regulação.....	134
Financiamento.....	156
<i>Capítulo 5 – Notas sobre as relações intergovernamentais e o controle social na formulação da política de APS</i> .....	167
Formulação de políticas de saúde: especificidades brasileiras e implicações para a APS .....	167

<b>Relações intergovernamentais na definição da política de atenção primária à saúde: a atuação da CIT no período de 2003 a 2008.....</b>	<b>170</b>
<b>Controle social: o papel do CNS e das Conferências Nacionais de Saúde .....</b>	<b>174</b>
<b>Atores e processo político: influências e compartilhamento de decisões na formulação da política nacional de atenção primária à saúde .....</b>	<b>181</b>
<b><i>Considerações finais.....</i></b>	<b><i>184</i></b>
<b><i>Referências Bibliográficas .....</i></b>	<b><i>192</i></b>
<b><i>Apêndices .....</i></b>	<b><i>209</i></b>
<b>APÊNDICE A – Lista de entrevistados .....</b>	<b>209</b>
<b>APÊNDICE B – Roteiros semi-estruturados de entrevistas .....</b>	<b>210</b>
<b><i>Anexos.....</i></b>	<b><i>215</i></b>
<b>ANEXO A – Estrutura regimental do Ministério da Saúde .....</b>	<b>215</b>

## Apresentação

Esta dissertação é parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP / FIOCRUZ e se insere no grupo de pesquisa “Desenvolvimento, Políticas Públicas e Sistemas de Saúde”, correspondendo também a uma das vertentes investigativas da pesquisa “A política de saúde no Governo Lula: continuidades e mudanças na condução nacional do Sistema Único de Saúde”.

O propósito inicial deste estudo era analisar o papel federal na condução da política de atenção primária à saúde no Brasil, no período de 2003 a 2006, referente ao primeiro mandato do governo Lula. Posteriormente, optou-se por expandir o recorte temporal do estudo até o final do primeiro semestre de 2008, em virtude da observação tanto de elementos de continuidade de 2005 a 2008 como de inovações importantes na política que decorriam de processos anteriores, mas que só se concretizaram no segundo mandato.

A escolha do objeto tem relação, em primeiro lugar, com a trajetória acadêmica da autora, pois a temática da atenção primária à saúde (APS) constituiu-se foco de seus estudos na graduação em Enfermagem e na Residência em Saúde Coletiva<sup>1</sup>. Além disso, o tema tem tido destaque nos últimos anos na produção acadêmica e no plano político, bem como nos processos de reforma dos sistemas de saúde em vários países.

No Brasil, estudos relatam que ocorreram expressivas mudanças na política nacional de atenção primária à saúde no período correspondente ao governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), sob forte condução do Ministério da Saúde (MS). A ênfase na APS, particularmente na estratégia de Saúde da Família, a partir de meados dos anos 1990, no entanto, não tem sido suficiente para dar conta de grande parte dos problemas relativos à organização da rede de serviços e do modelo de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recentemente, esforços têm sido empreendidos no sentido de compreender o papel, as condições de inserção, as possibilidades e limites das estratégias relativas à APS no sistema de saúde brasileiro.

---

<sup>1</sup> O tema do trabalho de conclusão do curso de Enfermagem na Universidade do Estado do Rio de Janeiro foi “Atividades educativas desenvolvidas por enfermeiros do Programa de Saúde da Família: Participação e Integralidade na atenção à saúde” e o tema da monografia final da Residência em Saúde Coletiva no Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro foi “Reflexões sobre os modelos internacionais para avaliação da efetividade do cuidado em atenção primária à saúde: contribuições para o modelo brasileiro”.

A política econômica de corte neoliberal praticada pelo governo federal nos dois mandatos do presidente Fernando Henrique Cardoso negou ao setor das políticas sociais a base fiscal adequada à manutenção de certa estabilidade de financiamento das políticas sociais (BARROS, 2003). O início de um novo governo em 2003, com a vitória de Luis Inácio Lula da Silva, além de ter sido um fato de relevância histórica, gerou grandes expectativas com relação a mudanças na condução das políticas macroeconômica e social, incluindo a política de saúde.

Nesta perspectiva, surge o interesse por este estudo, cujo propósito geral é analisar a atenção primária na política nacional de saúde brasileira, no período de 2003 a 2008, a partir da compreensão da inserção dessa política na nova agenda federal e da identificação de elementos de continuidade e mudança com relação ao período anterior. Com isto, este trabalho busca contribuir para a consolidação de uma política nacional de atenção primária abrangente, que constitua uma estratégia estruturante de um sistema de saúde público, universal, integral e equânime no país.

A justificativa para o desenvolvimento desta pesquisa se assenta em quatro argumentos inter-relacionados. O primeiro argumento parte da discussão sobre o papel do Estado na garantia de direitos sociais. A Reforma Sanitária brasileira introduz a noção de saúde como direito social, ou seja, reconhece a saúde como um direito fundamental de cidadania e a responsabilidade do Estado provê-la mediante políticas sociais e econômicas. Esta noção, expressa no artigo 196 da Constituição da República de 1988 (BRASIL, 1988), rompe com o modelo anterior de proteção social no país, de base meritocrática, e avança para um modelo universalista.

O SUS é criado tendo como princípios norteadores: a universalidade, a integralidade, a igualdade, a participação da comunidade, a hierarquização e a descentralização político-administrativa. Por ser um sistema nacional de saúde, o SUS seria financiado com recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, oriundos de fontes diversificadas (BRASIL, 1988). De acordo com a legislação do SUS, compete às três esferas de governo a responsabilidade pelo financiamento e gestão do sistema.

No entanto, segundo Faveret (2003), no início da década de 1990, o governo federal continuava responsável por aproximadamente 70% dos recursos financeiros destinados à saúde. Ainda que a participação da União no financiamento do SUS tenha diminuído ao longo da década de 1990, durante todo o período foi superior a 50%, revelando o importante papel

desempenhado pela esfera federal no financiamento do sistema de saúde. Para Ugá e Marques (2005), o gasto público em saúde sempre foi largamente financiado por recursos federais.

Um modelo universal e público de sistema de saúde implica em um fortalecimento da intervenção estatal no setor, contrariando a lógica de Estado mínimo, difundida na década de 1990 pelo pensamento neoliberal hegemônico de Reforma do Estado. Por esta razão, o SUS é apontado como um movimento contra-hegemônico, à medida que defende o papel do Estado na garantia de direitos (HEIMANN E MENDONÇA, 2005).

O segundo argumento refere-se ao papel do gestor federal na condução de uma política nacional de saúde, de caráter universal, em um contexto político democrático federativo, constituído por três entes governamentais – União, estados e municípios.

A implementação de um sistema nacional de saúde em países federativos apresenta certas especificidades, como resume Machado (2007a):

Cabe lembrar que a federação implica, do ponto de vista político-institucional e organizacional, na divisão e compartilhamento do poder de Estado em mais de um nível de governo, imprimindo desafios específicos para a implantação de políticas sociais de caráter nacional e universal. Em segundo lugar, no que concerne aos ideais de liberdade, democracia e cidadania (em sua acepção plena, que inclui a garantia de direitos civis, políticos e sociais), o arranjo federativo suscita dilemas relacionados à compatibilização de valores e solidariedade nacional com autonomias e identidades locais (MACHADO, 2007a, p.75-76).

Nesse sentido, a descentralização, com ênfase na municipalização, foi uma estratégia de deslocamento do poder político e decisório (GERSHMAN E VIANA, 2005) que outorgou diferentes papéis quanto à autoridade sanitária e quanto às funções de gestão de cada instância de governo, descritas na Lei 8080 de 1990<sup>2</sup>.

Abrucio (2006) chama atenção para o fato de que processos de descentralização de políticas públicas exigem a atuação coordenada do governo central, sem a qual não é possível uma descentralização efetiva e justa. Um desafio importante citado pelo autor é o governo federal reforçar seu papel coordenador, sem, no entanto, ferir os princípios básicos do federalismo, tais como a autonomia e os direitos originários dos governos subnacionais, a barganha e o pluralismo, associados ao relacionamento intergovernamental e aos controles mútuos. Como resposta a este dilema, o autor aponta a criação de redes federativas e não de hierarquias centralizadoras.

Destaca ainda cinco questões fundamentais que devem ser equacionadas em qualquer modelo de descentralização: a construção de um sólido pacto nacional, o combate às desigualdades regionais, a montagem de boas estruturas administrativas no plano subnacional,

---

<sup>2</sup> Ver Capítulo IV – Da competência e das atribuições - Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990.

a democratização dos governos locais e a criação de um ambiente intergovernamental positivo.

Nesse sentido, Abrucio (2006) ressalta a importância do papel federal na coordenação federativa das políticas públicas, que pode se dar tanto por meio de regras legais que obriguem os atores a compartilhar decisões e tarefas, como mediante a participação dos próprios entes nas instâncias federativas. Outro elemento enfatizado pelo autor é a construção de uma cultura política baseada no respeito mútuo e na negociação no plano intergovernamental.

Em um contexto federativo, na distribuição de atribuições entre os entes constitutivos, há competências exclusivas e concorrentes. No caso brasileiro, a partir da Constituição de 1988, a União detém um importante leque de competências exclusivas (SOUZA, 2005). A Lei Orgânica da Saúde 8080 de 1990 mantém este princípio de responsabilidade compartilhada em uma federação ao definir uma série de atribuições comuns aos entes federativos e também algumas específicas de cada um.

Arretche (2004) afirma que, no que concerne à política de saúde, a União, representada no caso pelo Ministério da Saúde, por ser encarregada do financiamento e formulação da política nacional de saúde, bem como da coordenação das ações intergovernamentais, mantém autoridade para tomar decisões importantes nesta política setorial. A autora assinala que, embora a conformação do sistema fiscal, político e tributário brasileiro propicie certa autonomia a estados e municípios, o governo federal dispõe de recursos institucionais para influenciar as escolhas dos governos locais, afetando sua agenda de governo.

Estudo realizado por Baptista (2007) revela que o principal instrumento de coordenação das ações nacionais de saúde, principalmente a partir da década de 1990, tem sido a edição de portarias ministeriais, e alerta para a necessidade de articulação entre os gestores do sistema para a construção de uma política nacional de bases mais sólidas, que atente para as diversas realidades institucionais do país.

O fato é que na saúde o nível federal, ao longo dos anos 1990, ampliou seu poder de indução e regulação sobre estados e municípios através da edição de normas e portarias atreladas a mecanismos financeiros. Esta característica do modelo de intervenção adotado pelo Ministério da Saúde marca a condução da política nacional de saúde na referida década<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Sobre o modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro entre 1990 a 2002, ver Machado (2007b).

Um desafio que permanece é a reconfiguração do papel do Ministério da Saúde na condução da política, considerando o que seriam as finalidades de atuação federal no novo contexto, o que justifica a realização de estudos com este recorte.

O terceiro argumento para o desenvolvimento desta pesquisa está relacionado à priorização da atenção primária à saúde na política de saúde a partir dos 1990 e seu destaque na agenda de diferentes atores nacionais no período.

A política nacional de saúde na década de 1990 é caracterizada por grande investimento na ampliação do acesso através da APS. Nesse período, houve avanço no processo de municipalização e novos mecanismos de financiamento das ações e serviços de saúde foram estabelecidos, após amplo debate na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e no Conselho Nacional de Secretário Municipais de Saúde (CONASEMS), que são espaços de conflito e pactuação no SUS (MARQUES E MENDES, 2002). As transformações no âmbito da APS se relacionam às mudanças decorrentes do processo de descentralização/municipalização, bem como ao destaque assumido pelo tema na agenda setorial.

É importante ressaltar que o processo de descentralização em saúde no Brasil é do tipo político-administrativo, envolvendo transferência de serviços, responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal. Este foi orientado pela edição das Normas Operacionais Básicas – NOBs, que foram nos anos 1990 instrumentos de regulação do processo de descentralização, num país com modelo federalista ainda em definição (LEVCOVITZ, LIMA E MACHADO, 2001).

O enfoque da atenção primária na agenda do ministério nos anos 1990 se insere numa perspectiva de reorganização do sistema, de mudança do modelo de atenção e, vinculado no plano discursivo, à busca de consolidação dos princípios do SUS de universalidade e integralidade. A reorganização do sistema a partir da APS está pautada em estudos que apontam que os sistemas de saúde orientados para a atenção primária apresentam impacto positivo nos indicadores de morbi-mortalidade, pois promovem cuidados em saúde mais efetivos, e alcançam maior resolutividade, eficácia e equidade, quando comparados a sistemas voltados para atenção especializada.

Com a aprovação da NOB SUS 01/96, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) são adotados pelo Ministério da Saúde como estratégias prioritárias para o fortalecimento da atenção primária nos sistemas municipais de saúde. De acordo com Fausto (2005), o PSF trouxe incontestável relevância para a atenção primária à saúde na agenda decisória da política nacional de saúde - tema que

não ocupava posição de destaque até 1995 - e tem motivado os dirigentes a persistirem nesta direção. Machado (2006) destaca as principais características desta política que justificam sua permanência na agenda de prioridades do Ministério da Saúde, em diferentes gestões ministeriais, com elevado grau de continuidade, na maior parte dos anos 1990: o caráter inovador e o foco na família e comunidade, que a tornam um atraente marco de governo; seu potencial de visibilidade política; a convergência de agendas de reforma; o apoio de diferentes atores internos e externos ao setor, além da conformação de uma equipe técnica sólida no Ministério da Saúde, que permaneceu na condução do programa por cerca de 10 anos (MACHADO, 2006).

Isto revela que, apesar da gestão e execução de ações e serviços de atenção primária à saúde serem atribuições do nível municipal, a instância federal tem papel relevante na determinação desta política em âmbito nacional, por ter sido o principal órgão formulador e financiador das políticas de saúde (GIL, 2006), e pelo caráter indutor da política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção primária à saúde.

O quarto e último argumento justifica a definição do recorte temporal do estudo, o período de janeiro de 2003 a junho de 2008. Sabe-se que da segunda metade dos anos 1990 até 2002 houve importantes transformações no que diz respeito à atenção primária à saúde no país. Isso ocorre particularmente a partir de 1998, ano em que a NOB SUS 01/96 efetivamente entra em vigor e os municípios passam a receber o Piso de Atenção Básica (PAB), revelando progressivo fortalecimento desta política em âmbito nacional, com prioridade ao modelo do PSF e elementos de continuidade na década, que prosseguem até 2002.

A instituição do PAB significou forte indução pelo governo federal à implantação do PSF e do PACS nos sistemas locais de saúde como estratégia para reorientação do modelo assistencial. Um dos objetivos de sua criação era uma maior homogeneidade em nível nacional das ofertas de serviços básicos, uma vez que a implantação deste mecanismo de transferência regular e automática de recursos federais aos municípios dissocia a produção do faturamento, característica central do sistema anterior (GOULART, 2002; MELAMED E COSTA, 2003).

Além disso, o PACS/PSF busca consolidar um novo modelo de atenção ao introduzir conceitos que visam uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, dentre os quais, o enfoque familiar, menos reducionista, multidisciplinar, e a integração com a comunidade, buscando imprimir uma atenção continuada, integral, intersetorial e resolutiva, com base nos princípios da promoção da saúde (VIANA E DAL POZ, 1998; FAUSTO, 2005).

Os principais marcos da política nacional de atenção primária à saúde no que diz respeito à organização, financiamento e modelo de atenção, ocorreram no período de 1998 a 2002. De acordo com Fausto (2005, p.199), *“pode-se afirmar que a atenção básica alcançou um patamar que dificilmente poderá se admitir sua involução”*.

Diversos estudos com diferentes enfoques já analisaram este período, revelando que a ênfase no PSF e na atenção primária não significa que os problemas relativos a esse nível de atenção sejam poucos, nem que sua estruturação seja suficiente para dar conta das dificuldades e lacunas do sistema de saúde. Ao contrário, há contradições entre a ênfase normativa e a realidade dos serviços de saúde que executam as práticas de atenção primária à saúde, tais como estruturas precárias, desvalorização dos profissionais que atuam neste nível de atenção e dificuldades na articulação com os serviços especializados, prejudicando assim a continuidade do cuidado (FAUSTO, 2005).

Em 2003, com o término do segundo governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), inicia-se uma nova conjuntura, quando Luiz Inácio Lula da Silva, candidato pelo Partido dos Trabalhadores (PT), assume a presidência. Sua ascensão, ainda que por meio de uma coalizão (PT, PL, PC do B, PCB e PMN)<sup>4</sup>, representou um marco de mudança nas elites governantes no país desde o final do regime militar em 1985, pois foi a primeira experiência de gestão do Estado capitalista brasileiro por forças consideradas de esquerda (ALMEIDA, 2004; TEIXEIRA E PAIM, 2005). A imagem de Lula e de seu partido político estavam associadas ao comprometimento com a reforma social e criou-se grande expectativa após sua eleição. Esperavam-se avanços nesta área, que engloba o setor saúde.

No que se refere ao objeto deste estudo, a política nacional de atenção primária à saúde, a mudança de governo em 2003 suscitou numerosos questionamentos relativos à condução federal desta política específica, que motivaram a realização da pesquisa.

Nesse sentido, é pertinente destacar as principais questões que nortearam a investigação: Qual a concepção de atenção primária à saúde adotada pelo Ministério da Saúde no período de 2003 a 2008? Houve inflexões no modelo de intervenção federal no que concerne à condução desta política? A APS continuou a desempenhar papel de prioridade neste governo? O processo de formulação desta política ocorreu de forma compartilhada com outros atores nos canais institucionais? Houve mais elementos de continuidade ou de mudança na condução desta política pelo gestor federal em relação ao período anterior? Por

---

<sup>4</sup> Na última semana de junho de 2002, a Convenção Nacional do PT aprovou uma ampla aliança política (PT, PL, PC do B, PCB e PMN) que teve por base um programa de governo para resgatar as dívidas sociais fundamentais que o país tem com a grande maioria do povo brasileiro. Disponível em: < <http://www.presidencia.gov.br/presidente/> >. Acesso em: 01 ago. 2007.

último, cabe destacar a principal questão propulsora desta pesquisa: em que medida a condução nacional da política de APS tem contribuído para o enfrentamento dos problemas do sistema de saúde brasileiro e o fortalecimento dos princípios do SUS de universalidade e integralidade da atenção?

Este estudo, ao procurar respostas ao conjunto desses questionamentos, ainda que sem pretensão de esgotá-los, busca compreender a inserção desta política na nova agenda federal que se inicia em 2003 e também contribuir para a consolidação de uma política nacional de atenção primária abrangente, que constitua uma estratégia estruturante do SUS.

O objetivo geral do estudo é analisar o papel federal na condução da política de atenção primária à saúde no Brasil, no período de 2003 a 2008. Os objetivos específicos são:

- Identificar a(s) concepção (ões) de atenção primária à saúde presente(s) na política nacional no período;
- Situar a inserção da política de atenção primária à saúde na agenda do Ministério da Saúde;
- Identificar as estratégias federais prioritárias no âmbito da atenção primária à saúde;
- Descrever o processo político de formulação da política de atenção primária à saúde no âmbito nacional;
- Caracterizar o modelo de intervenção do gestor federal na política de atenção primária à saúde;
- Identificar elementos de continuidade e mudança na política nacional de atenção primária à saúde no período, em comparação com os anos 1990;
- Contribuir para a discussão a respeito dos avanços e dificuldades no processo de construção do Sistema Único de Saúde, no governo Lula.

Explicitados os objetivos, cabe apresentar resumidamente a metodologia do estudo, o que será feito no próximo tópico.

## ***Metodologia***

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que parte do referencial teórico do neoinstitucionalismo em ciência política, que aponta a necessidade de se considerar, a fim de compreender a ação dos indivíduos e suas manifestações coletivas, as mediações, que são precisamente as instituições, entre as estruturas sociais e os comportamentos individuais (THÉRET, 2003).

Os institucionalistas, em geral, apropriam-se da definição de instituição que inclui organizações formais e informais, regras e procedimentos que estruturam condutas (THELEN E STEINMO, 1992). Os autores citam ainda a concepção ampliada trazida por Peter Hall, na qual instituição compreende regras formais, procedimentos e práticas operacionais que estruturam o relacionamento entre indivíduos em diversas unidades da política e da economia.

Hall e Taylor (2003) destacam que a perspectiva institucional surge em contraposição às perspectivas *behavioristas*, influentes nos anos 1960 e 1970. Esses autores identificam três correntes que aparecem de 1980 em diante e afirmam que todas elas buscam elucidar o papel desempenhado pelas instituições na determinação de resultados sociais e políticos. Classificam, assim, estas três escolas de pensamento em institucionalismo histórico, institucionalismo da escolha racional e institucionalismo sociológico.

Dentre as escolas de pensamento apontadas por Hall e Taylor (2003), utilizou-se neste estudo o aporte teórico do institucionalismo histórico, por compreender que esta corrente procura analisar a política a partir tanto das instituições como dos interesses e atores, ou seja, considera que outros fatores influenciam a vida política, não apenas as instituições. Os adeptos desta corrente, segundo os autores, se vinculam a uma concepção particular do desenvolvimento histórico, e tornam-se ardentes defensores de uma causalidade social dependente da trajetória percorrida, *path-dependent*, segundo a qual as mesmas forças ativas produzem diferentes resultados, pois são modificadas pelas propriedades de cada contexto local, propriedades essas herdadas do passado. De acordo com Pierson (2004), a concepção de *path-dependence* refere-se aos processos dinâmicos envolvendo retroalimentação positiva (*positive feedback*), nos quais a seqüência dos acontecimentos é fundamental, e que geram múltiplas possibilidades de desfechos de acordo com a ordem temporal em que eles ocorrem.

Pierson (2004) faz considerações interessantes sobre os processos de *positive feedback* e destaca duas propriedades que auxiliam a compreensão a respeito da condução da política de atenção primária à saúde na nova conjuntura em 2003. A primeira é que os custos para

implementação de mudanças (“*The costs of switching from one alternative to another*”), em certos contextos sociais, aumentam acentuadamente ao longo do tempo, delimitando as possibilidades de mudança. A segunda refere-se a questões como *timing* e *sequence*, pois a temporalidade é o cerne das análises, uma vez que os eventos ocorridos anteriormente influenciam não só os desfechos, mas também a trajetória de determinadas decisões na política.

Já Immergut (1992) ressalta a importância de se analisar a política a partir tanto das instituições, pois estas explicam muito do que acontece na vida política, como dos interesses e atores, ao afirmar que “*no view of politics can rely exclusively on either institutions, or interests and actors. Both components are necessary to our understanding of the past, and to our role as the subjects of the future*” (IMMERGUT, 1992, p. 243).

Viana (1997) assinala que as investigações recentes sobre políticas de saúde possuem um enfoque mais institucionalista e político, pois consideram que a identificação de atores-chave é vital para o entendimento das decisões tomadas em cada área, uma vez que não há processos sem sujeitos.

Esta abordagem propicia o que Goulart (2002) denominou de “pontes analíticas” para o entendimento das especificidades e das continuidades das políticas e permite vislumbrar atores políticos ao mesmo tempo como objetos e agentes da história.

O enfoque analítico selecionado para este estudo é predominantemente de natureza institucionalista e política, cuja ênfase está nos processos decisoriais e organizacionais do aparato público, no ambiente cultural e institucional da política pública, evidenciando a importância das instituições estatais na formação de políticas, bem como na análise das relações de poder (VIANA, 1997; VIANA E BAPTISTA, 2008).

Com base no referencial teórico-metodológico exposto e a partir da revisão bibliográfica preliminar, foram definidas as seguintes categorias de análise para o estudo: concepções de atenção primária à saúde; inserção da atenção primária à saúde na agenda federal; estratégias e regras relativas à atenção primária à saúde; modelo de intervenção do Ministério da Saúde no que diz respeito à atenção primária à saúde; processo político de formulação da política nacional de atenção primária à saúde; continuidades e mudanças na política.

A primeira categoria “concepções de atenção primária à saúde” se relaciona aos diferentes aspectos conceituais e as diversas interpretações existentes sobre o termo atenção primária à saúde. Parte-se da contextualização e problematização do termo, com base na literatura internacional e nacional, por compreender que esta é uma questão central ao se

discutir o tema. Em concordância com Fausto (2005), acredita-se que um dos principais desafios colocados para compreensão da APS é justamente a necessidade de se refletir a respeito de sua variabilidade interpretativa. Nesse sentido, esta categoria possibilitou compreender a forma como é interpretada e conduzida a APS na política nacional de saúde. Cabe assinalar que, para fins deste trabalho, os termos atenção primária à saúde e atenção básica são usados sem distinção. Entretanto, ressalta-se que o Ministério da Saúde brasileiro adota o termo atenção básica nos documentos oficiais, ao invés de atenção primária à saúde, termo internacionalmente reconhecido, embora assuma que são sinônimos.

A partir da definição proposta por Kingdon (1995), segundo a qual agenda configura “uma lista de temas ou problemas que, em um dado momento, atraem a atenção de governantes e de indivíduos fora do governo ligados a estes governantes”, foi analisada a inserção da APS na agenda do Ministério da Saúde no período de 2003 a 2008, que constitui a segunda categoria de análise desta pesquisa.

A categoria “estratégias e regras relativas à APS” se fundamenta na compreensão de que é impossível pensar a atenção primária à saúde pelo estreito olhar de um único programa (o PSF), como apontam Heinmann e Mendonça (2005), pois ela se incorpora ao SUS, importando refletir sobre como e quais as condições de consolidá-la. Nesta perspectiva, foram identificadas e analisadas as estratégias prioritárias no âmbito da política de atenção primária à saúde, bem como as regras institucionais relevantes na definição e regulação desta política específica.

A quarta categoria, intitulada “modelo de intervenção do Ministério da Saúde no que diz respeito à APS” refere-se à atuação do gestor federal e ao modelo de intervenção do ministério para esta política específica. Nesta análise foram consideradas as quatro grandes funções do Ministério da Saúde – formulação de políticas e planejamento; financiamento; regulação; execução direta das ações – pois, como afirma Machado (2007a), a configuração destas quatro funções expressa um dado modelo de intervenção federal na saúde. Buscou-se identificar qual o modelo de condução desta política definido pelo ministério e se este favoreceu ou não a política nacional de atenção primária à saúde.

A quinta categoria de análise “processo de formulação da política nacional de atenção primária à saúde” concerne à identificação e compreensão do processo de construção desta política específica. O aporte teórico das análises de Walt (1994) sobre a formulação de políticas foi de grande importância neste momento. A autora discute como as políticas são formuladas, implementadas e alteradas, considerando processos e poderes. Para Walt (1994, p.202), “*power is seductive and process can be manipulated. They are enormously complex*”.

Entretanto, compreender o ambiente de formulação de política permite operar de forma mais eficaz na promoção da mudança política, afirma a autora. Pretende-se a partir desta análise contemplar em que medida a formulação desta política é compartilhada com outros atores nos canais institucionais, com destaque para a Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A última categoria, “continuidades e mudanças na política”, trata-se de uma categoria síntese, transversal às demais, que parte da compreensão do conceito de *path-dependence* e permite efetuar um balanço da política nacional de atenção primária à saúde ao longo do governo Lula, apresentado ao término do trabalho.

Todas essas categorias foram trabalhadas de acordo com informações obtidas a partir de uma diversidade de estratégias metodológicas, utilizadas para embasar o conteúdo analítico deste estudo: realização de revisão bibliográfica; análise documental; análise de bases de dados secundários; análise orçamentária e realização de sete entrevistas com atores-chave da política.

A revisão bibliográfica foi feita a partir de um levantamento nas bases de dados disponíveis para acesso *online*, tais como *Scielo (Scientific Electronic Library Online)* e *Bireme*, sobre temas relevantes como concepções e papel da atenção primária à saúde, trajetória da APS no Brasil, papel do gestor federal, e política de saúde no governo Lula. Cabe assinalar que uma das dificuldades encontradas em virtude da opção por um recorte temporal recente foi a pequena quantidade de estudos produzidos até o momento.

A análise documental envolveu os principais documentos oficiais relacionados à condução da política nacional de saúde. Dentre eles destaca-se a análise das portarias e instrumentos legais referentes à atenção primária à saúde expedidos no período de 2003 a 2008, os sumários executivos da CIT, bem como as atas/ resumos executivos do Conselho Nacional de Saúde do mesmo período.

Cabe destacar a valorização neste estudo da estratégia de análise das portarias federais. Dada a forma hegemônica de atuação do gestor federal nos anos 1990 por meio de indução de programas/políticas via portarias atreladas a mecanismos de financiamento, já apontada por trabalhos como Baptista (2007) e Machado (2007b), apenas a análise dos documentos não seria suficiente para alcançar os objetivos propostos. Nesse sentido, foi realizada a análise das portarias expedidas no período de janeiro de 2003 a junho de 2008 a partir da consulta sistemática às bases de dados do portal do Sistema de Legislação da Saúde do Ministério da Saúde - Saúde Legis. Os seguintes descritores foram utilizados para consulta: atenção básica; atenção primária à saúde; Programa de Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde

(ACS); PAB fixo; PAB variável e assistência farmacêutica básica. Foram então selecionadas 608 portarias.

Após a sistematização e análise das portarias, foi realizada a sua classificação, tendo como objetivo agrupá-las segundo sua relevância, e assim compreender melhor o papel que esses instrumentos exercem na condução da política nacional de atenção básica. Cabe ressaltar que embora a classificação tenha sido construída em função do propósito exposto acima, toda classificação é arbitrária. Foram definidos oito grupos temáticos: Atenção Básica - diretrizes; Financiamento; Gestão; Programa de Saúde da Família; Assistência Farmacêutica Básica; Recursos Humanos; Outros.

Na análise de instrumentos legais<sup>5</sup> foram utilizados os mesmos descritores para a busca no portal do Sistema de Informações do Congresso Nacional – SICON e os mesmos critérios de classificação. Foram identificados apenas 3 instrumentos legais expedidos no período do estudo.

Para o estudo do financiamento federal da atenção primária à saúde, foram explorados os seguintes aspectos: (a) a evolução do montante de recursos do orçamento do Ministério da Saúde destinados à atenção básica; (b) o peso da atenção básica no conjunto do orçamento do Ministério da Saúde; (c) a distribuição dos recursos da atenção básica por programa ou estratégia; (d) a distribuição dos recursos da atenção básica por região e Unidade da Federação (UF). Optou-se pela utilização de duas diferentes fontes: Sistema de Informações sobre Planos e Orçamento Público - Siga Brasil; e a base de dados de recursos federais do SUS, gerida pelo DATASUS. Cada fonte utilizada forneceu um tipo de informação.

O Siga Brasil é um sistema de informação que pode ser acessado por qualquer cidadão através da página da internet do Senado Federal<sup>6</sup>. Nele estão disponíveis informações a respeito da execução do orçamento do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde por programas. Para construção dos indicadores a partir desta fonte, foram considerados os valores empenhados com ações e serviços de saúde e excluídos valores referentes a pagamento de dívidas, inativos e pensionistas, e transferência de renda com condicionalidades, a fim de saber a evolução do montante e o peso da atenção básica no orçamento federal.

---

<sup>5</sup> Os principais tipos de instrumentos legais são as emendas constitucionais, leis complementares, leis ordinárias, leis delegadas, medidas provisórias, decretos legislativos e resoluções. Para maiores detalhes a respeito de cada um destes instrumentos, ver Baptista e Machado (2007), que sintetizam as principais características de cada tipo de documento elaborado pelo Legislativo.

<sup>6</sup> O endereço para acesso ao Siga Brasil é [http://www9.senado.gov.br/portal/page/portal/orcamento\\_senado](http://www9.senado.gov.br/portal/page/portal/orcamento_senado)

A análise da execução orçamentária federal a partir do Siga-Brasil foi feita para o período de 2004 a 2007, correspondente ao ciclo do primeiro Plano Plurianual (PPA) do governo Lula. Apesar de esse sistema dispor de dados referentes aos anos de 2002 e 2003, as diferenças de agregação dos programas no orçamento nesses dois anos dificultam a sua comparação com os anos subsequentes.

Já a segunda fonte utilizada, o banco de dados do DATASUS, traz informações a respeito da transferência de recursos federais, diretamente aos municípios ou estados, e foram analisadas para o período de 1998 a 2007. A definição do ano de 1998 para o início da série se deve às mudanças operadas no financiamento a partir desse ano, relacionadas ao início da implementação da NOB SUS 01/96. Os principais diferenciais desta NOB foram a instituição do Piso de Atenção Básica fixo (definido em termos *per capita*) e a indução de mudança do modelo assistencial através dos incentivos à estruturação do PSF e PACS. Assim, houve a partir daquele ano uma notável mudança no perfil das prioridades da política alocativa federal, como revelam Ugá et al (2003).

Para comparação intertemporal dos indicadores obtidos nas duas fontes analisadas foi realizada a correção dos valores para dezembro de 2007, a partir do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE, indicador utilizado pelo governo federal para controle das metas de inflação<sup>7</sup>.

Com relação às entrevistas semi-estruturadas<sup>8</sup>, foram realizadas ao todo sete entrevistas com atores-chave selecionados a partir dos critérios cargo/função ocupada, poder institucional e tempo de atuação na política de atenção primária à saúde (quatro dirigentes federais do Departamento de Atenção Básica, um técnico federal e dois assessores dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde). Estas foram gravadas com autorização dos entrevistados, posteriormente transcritas e analisadas considerando as categorias da pesquisa. A seguir será apresentada a estrutura da dissertação.

---

<sup>7</sup> Este indicador tem como unidade de coleta estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços, concessionária de serviços públicos e domicílios (para levantamento de aluguel e condomínio). A população-objetivo abrange as famílias com rendimentos mensais compreendidos entre 1 e 40 salários-mínimos, qualquer que seja a fonte de rendimentos, e residentes nas áreas urbanas das regiões. Sua publicação é mensal.

<sup>8</sup> Ver roteiro e lista de entrevistados anexos.

### *Estrutura da dissertação*

Além desta apresentação, a dissertação está estruturada em duas partes que compreendem seis capítulos. Na **Parte I**, intitulada “Concepções e trajetória da APS no sistema de saúde brasileiro”, faz-se uma discussão teórico-conceitual sobre as concepções e o papel da APS nos diferentes sistemas de saúde. O **capítulo 1** discute as diferentes concepções sobre atenção primária à saúde presentes na literatura internacional e nacional, visto ser imprescindível para a abordagem do tema uma reflexão teórica e conceitual. Dada a variabilidade interpretativa do termo atenção primária, a discussão será feita em uma perspectiva histórica e política, apontando seus avanços e contradições, pois como afirmam Viana e Fausto (2005), a compreensão a respeito da atenção primária está permeada por fatores econômicos, políticos e culturais. Além disso, o papel da APS nos diferentes sistemas de saúde e nas políticas de proteção social é abordado com intuito de identificar e compreender como a atenção primária foi implementada nos países centrais e periféricos, bem como identificar que concepções estiveram presentes. Por último realiza-se uma breve discussão a respeito do papel das agências internacionais na difusão de programas de atenção primária seletivos em países periféricos a partir da década de 1980.

No **capítulo 2** aborda-se a trajetória da APS no sistema de saúde brasileiro desde o início do século XX, com ênfase no período de implantação do SUS na década de 1990, até 2002, ano que marca o término do segundo governo do presidente Fernando Henrique Cardoso. Parte-se do pressuposto de que não é possível analisar a atenção primária na política nacional de saúde em um dado momento sem resgatar elementos históricos, pois estes influenciam sua configuração atual.

Um importante marco na trajetória histórica da APS no SUS foi a criação do Programa de Saúde da Família, em 1994, pelas mudanças geradas a partir de sua implementação - não só no modelo de atenção mas na reorganização dos sistemas municipais de saúde e no financiamento da APS no Brasil - e por ter sido a estratégia priorizada pelo gestor federal para o fortalecimento da atenção básica no âmbito do SUS, principalmente a partir de 1995/1996, com elevado grau de continuidade até o final da década expandida (1990-2002).

Desde a criação do PSF, o número de estudos relativos à APS vem crescendo, refletindo a priorização desta política na agenda do Ministério da Saúde. Nesse sentido, ao final do capítulo, foi realizada uma breve análise de alguns dos estudos já desenvolvidos na perspectiva da implementação a fim de compreender as limitações, os problemas e lacunas

existentes na condução dessa política específica. Pretende-se com esta discussão compreender a situação da APS ao final do governo FHC e contribuir para a reflexão sobre os desafios que se colocavam na condução da política de atenção primária à saúde no governo Lula.

Na **Parte II** discute-se a atenção primária na política de saúde brasileira no governo Lula. O **capítulo 3** analisa a inserção da política nacional de APS na conjuntura iniciada em 2003, com a ascensão de Lula à presidência da república. Primeiramente faz-se uma breve contextualização e em seguida é realizada a caracterização da política no período de 2003 a 2008, a partir da análise do seu conteúdo, bem como das estratégias federais prioritárias, a fim de identificar elementos de continuidade e mudanças no modelo de condução dessa política pelo gestor federal em relação ao período anterior.

Nesta mesma perspectiva, o **capítulo 4** visa caracterizar o modelo de intervenção federal na política de atenção primária à saúde no Brasil, no período de 2003 a 2008. Para isto, foram consideradas as quatro grandes funções do Ministério da Saúde: execução direta das ações; planejamento; formulação de políticas; regulação e financiamento. Definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde, essas funções devem ser exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública (NORONHA, LIMA E MACHADO, 2004; MACHADO, LIMA E BAPTISTA, 2008). A ênfase deste capítulo é a regulação e o financiamento federal, uma vez que na última década houve ampliação do poder do Ministério da Saúde de indução e regulação sobre estados e municípios através da edição de normas e portarias atreladas a mecanismos financeiros.

Por fim, o **capítulo 5** tem como objetivo caracterizar brevemente o processo de formulação da política de atenção primária à saúde no governo Lula, buscando compreender em que medida representantes dos estados, municípios e do controle social participam da elaboração dessa política específica. Nas **considerações finais** é realizado um balanço da política de APS no governo Lula, em que são discutidos os principais achados da pesquisa e expostos alguns desafios para a consolidação dessa política no Brasil.

*Parte I – Concepções e trajetória da APS no sistema de saúde brasileiro*

## **Capítulo 1 – Concepções sobre atenção primária e seu papel nos diferentes sistemas de saúde**

### ***Aspectos históricos e conceituais referentes à atenção primária à saúde***

A partir dos anos 1970, o debate sobre a atenção primária à saúde passa a ser intensificado internacionalmente, resultante dos questionamentos a respeito da organização da atenção à saúde, baseada em um modelo médico hegemônico especializado e intervencionista, com excessiva fragmentação da assistência e pouco impacto na melhoria da situação de saúde da população. Outro fator que impulsionou esse debate foi a lacuna existente entre o estado de saúde nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento, que chamava atenção para a desigualdade no acesso a serviços de saúde (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008).

No entanto, não foi somente a partir da década de 1970 que a atenção primária emerge no debate do setor saúde. A idéia de APS foi utilizada como forma de organização dos sistemas universais de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, apresentado na Inglaterra em 1920 (FAUSTO E MATTA, 2007). O Relatório propunha a definição de bases territoriais e populações alvo, que seriam atendidas por unidades de diferentes perfis, tais como centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino, organizadas de forma hierarquizada e regionalizada. Os centros de saúde seriam a “porta de entrada” do sistema, onde atuariam médicos generalistas, os GPs (*General Practitioners*).

O modelo exposto em Dawson influenciou a organização dos sistemas de saúde em todo o mundo, principalmente nos países que instituíram sistemas nacionais universais. Tais sistemas configuram uma modalidade de intervenção governamental baseada na concepção de saúde como direito de cidadania, logo, direito de todos e dever do Estado garanti-la, e, portanto, deve ser igualmente distribuído, independente da capacidade de pagamento do indivíduo.

Entre 1920 e 1950 disseminou-se na Inglaterra, Estados Unidos e Canadá um amplo debate em prol da medicina preventiva, em um contexto de crítica à medicina curativa predominante nas escolas médicas (FAUSTO, 2005). Pautada em uma abordagem integral, centrada no indivíduo e na família, a medicina preventiva teve seus princípios básicos

sistematizados na obra clássica dos autores Leavell e Clark, de 1965, onde são apresentados os níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença<sup>9</sup>.

Segundo Arouca (1975), a medicina preventiva, mais do que a produção de novos conhecimentos e mudanças na estrutura da prática médica, representa um movimento ideológico que, partindo de uma crítica da prática médica, propõe uma mudança, baseada na transformação da atitude médica para com o paciente, sua família e a comunidade. Mais ainda, o autor afirma que a medicina preventiva representou uma leitura liberal e civil dos problemas do crescente custo da atenção médica nos Estados Unidos e uma proposta alternativa à intervenção estatal.

As idéias trazidas pela medicina preventiva influenciaram a caracterização da APS e de suas práticas, ao conjugarem questões essenciais como a atenção que se faz em primeiro lugar e que se faz mais próxima do cotidiano dos indivíduos e das famílias (FAUSTO E MATTA, 2007). Para os autores, no debate acadêmico a temática da atenção primária surge mais vinculada à preocupação com a formação médica e só posteriormente será remetida ao campo de competências dos serviços de saúde e a organização de suas ações.

Na década de 1940 surge o modelo denominado atenção primária orientada para a comunidade (*Community Oriented Primary Care – COPC*). A COPC integra a atenção clínica - individual e familiar - com ações de saúde pública; sua base conceitual e metodológica é pautada na epidemiologia e ciências sociais (GOFIN E GOFIN, 2007). De acordo com esses autores, a abordagem da atenção primária orientada para a comunidade traz como diferencial a responsabilidade dos serviços pela saúde de uma população definida e seus determinantes, seja ela usuária ou não dos serviços. Além disso, a partir desse modelo são introduzidas algumas ferramentas de planejamento, com destaque para o processo de diagnóstico comunitário e a avaliação de impacto e eficácia.

A partir da década de 1960, sob o signo da medicina preventiva, a medicina comunitária fundamentou e instrumentalizou a atenção primária por meio de programas docentes assistenciais, conciliando formação médica e ações de saúde na comunidade (VIANA E FAUSTO, 2005). Estes programas foram amplamente disseminados em vários países, tendo forte repercussão nos países mais pobres, posto que se transformaram em estratégias dos governos no sentido de fortalecer as políticas de desenvolvimento econômico e social (FAUSTO E MATTA, 2007).

---

<sup>9</sup> Leavell e Clark desenvolvem o modelo de história natural da doença que comportaria três níveis de prevenção – primária, secundária e terciária -, incluindo a promoção da saúde na prevenção primária.

Nesse contexto a atenção primária ganha destaque na agenda das políticas de saúde, tendo a Organização Mundial da Saúde (OMS) <sup>10</sup> como uma das suas principais agências difusoras, juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (*United Nations Children's Fund - UNICEF*), às Fundações Rockefeller, Kellogg, Ford e ao Banco Mundial, importantes financiadores dessas propostas (FAUSTO, 2005).

Alguns trabalhos publicados nessa época tiveram importante peso nos debates a respeito da necessidade de mudança no modelo de atenção hegemônico. Cueto (2004) destaca: “*Health and the Developing World*”, de John Bryant; “*Health by the people*”, de Kenneth Newell; o “Relatório de Lalonde”, que enfatizava a importância da prevenção de doenças e promoção da saúde; e a obra de Ivan Illich, “*Nêmesis da medicina*”, que criticava o modelo biomédico. Além dessas obras, o autor cita outras importantes inspirações para a APS, tais como o trabalho de médicos missionários cristãos nos países em desenvolvimento e a experiência dos “médicos descalços” <sup>11</sup>, desenvolvida na China.

Em 1977, na Assembléia Mundial de Saúde, a OMS propôs como principal meta dos governantes e da própria instituição a “Saúde para Todos no Ano 2000” (SPT 2000). No ano seguinte ocorreu um importante marco histórico mundial: a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, convocada pela Organização Mundial de Saúde em parceria com o UNICEF, realizada em Alma-Ata, Cazaquistão, república pertencente à antiga União Soviética (URSS). Nesta conferência, a APS foi adotada como estratégia para alcançar a meta SPT 2000, e apontada como componente fundamental de um sistema de saúde eficaz.

Os cuidados primários de saúde foram definidos na Conferência de Alma - Ata como: cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

---

<sup>10</sup> Cueto (2004) assinala que a entrada da atenção primária na agenda da OMS foi favorecida pela eleição de Halfdan Mahler como diretor geral dessa instituição.

<sup>11</sup> Os “médicos descalços” eram leigos que combinavam cuidados preventivos e curativos, alopatia e medicina tradicional, e atuavam em regiões rurais da China (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008).

Essa concepção é bastante abrangente e requer envolvimento não só do setor saúde. A partir de Alma-Ata esse conceito foi amplamente difundido e influenciou sobremaneira a organização da atenção em diferentes sistemas de saúde no mundo. Segundo Giovanella e Mendonça (2008) essa conferência coroou o processo anterior de questionamento aos modelos verticais de intervenção da OMS, principalmente para o combate de endemias e doenças sexualmente transmissíveis na África e na América Latina, e ao modelo médico hegemônico.

Enquanto a concepção de atenção primária defendida pela OMS, difundida a partir de Alma Ata, apontava para a atenção integral, abrangente (*Primary Health Care – PHC*), críticas a esta concepção, interpretada como idealizada, geraram a difusão de uma proposta seletiva (*Selective Primary Care – SPC*), que ganhou apoio de outras agências internacionais, entre elas o próprio UNICEF, que apoiara a realização da Conferência de Alma-Ata.

Assim como a Conferência de Alma-Ata é considerada um marco histórico na discussão da APS abrangente, a Conferência de Bellagio - realizada pela Fundação Rockefeller na Itália em 1979, cujo título era “*Health and Population in Development*” - pode ser considerada um marco, pois a partir de então se tem a tensão entre essas duas formas de interpretação da APS. A noção de atenção primária seletiva introduz uma nova perspectiva, que se referia a um pacote de intervenções técnicas de baixo custo para combater as principais doenças que acometiam as populações dos países em desenvolvimento (CUETO, 2004).

Nos anos subsequentes, as intervenções propostas em Bellagio foram reduzidas a quatro, denominadas GOBI – *Growth monitoring* (acompanhamento do crescimento); *Oral rehydration* (reidratação oral); *Breastfeeding* (aleitamento materno) e *Immunization* (imunização) - e passaram a ser difundidas entre os países pobres. Algumas agências incorporaram três novas intervenções, criando o GOBI-FFF: *Food supplementation* (suplementação alimentar), *Female literacy* (alfabetização feminina) e *Family planning* (planejamento familiar).

Um dos principais difusores das idéias de focalização e seletividade era o Banco Mundial (BM). Este organismo de cooperação internacional defendia a noção de “cestas básicas” de serviços de saúde, sugerindo que, ao setor público, caberia apenas a provisão de um conjunto mínimo de ações essenciais a quem não pudesse arcar individualmente com os gastos em saúde (VIANA E FAUSTO, 2005).

Embora a proposta que tenha prevalecido nos processos de reforma dos países em desenvolvimento tenha sido a de atenção primária seletiva, recentemente observou-se um movimento oposto, de resgate da concepção abrangente de atenção primária proposta em

Alma Ata. O documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde /OMS, intitulado “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” (OPAS/OMS, 2005) corrobora esta afirmativa, à medida que expressa a intenção da OMS em desenvolver e/ou fortalecer os sistemas de saúde baseados na APS em toda a região das Américas<sup>12</sup>.

O fato é que o termo atenção primária à saúde apresenta distintas interpretações, envolvendo questões teóricas, ideológicas e práticas, com conseqüências diferenciadas quanto às políticas implementadas e à garantia do direito universal à saúde (GIOVANELLA, 2008).

Como visto anteriormente, a APS foi apontada como um nível de atenção, o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde que deveria ser organizado de forma hierarquizada. Posteriormente, outras interpretações foram dadas ao termo, e variam desde uma concepção mais abrangente, estruturante do sistema de saúde, até uma concepção mais restritiva e seletiva.

Diferentes terminologias são empregadas para denominar APS – atenção primária em saúde; cuidados básicos de saúde; atenção básica; atenção primária seletiva - o que gera confusões na abordagem do tema. No Brasil, em virtude da disseminação internacional nos anos 1980 da concepção seletiva de atenção primária – em especial nos países da América Latina -, optou-se pela utilização do termo atenção básica.

Fausto (2005) aponta o significado da palavra primário na língua portuguesa como um fator gerador de confusões. De acordo com a autora, as dificuldades em torno da ambigüidade terminológica podem ser identificadas em pelo menos três sentidos: (a) como o primeiro em uma lista ordenada; (b) como principal, central, essencial; (c) como primitivo, básico, sem refinamento. No sistema de saúde proposto pela reforma sanitária brasileira não haveria espaço para uma atenção primária que representasse esse último sentido, somente os dois primeiros seriam compatíveis com as proposições do novo sistema.

Vouri (1986) sugere uma abordagem alternativa à concepção de APS definida em Alma-Ata, a partir de quatro vertentes distintas: um conjunto de atividades; um nível de assistência; uma estratégia e uma filosofia.

A primeira vertente é apontada pelo autor como a mais facilmente compreensível e aceitável. Engloba ações intersetoriais voltadas para promoção, prevenção e recuperação da saúde e envolve no mínimo oito elementos básicos: educação em saúde; fornecimento de alimentos e nutrição; abastecimento de água e saneamento básico; assistência materno-

---

<sup>12</sup> Ao final deste capítulo é feita uma breve discussão a respeito do papel das agências internacionais na difusão do conceito de atenção primária.

infantil; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento básico de problemas de saúde; e provisão de medicamentos essenciais. De acordo com Vouri, a vantagem dessa interpretação é sua simplicidade e concretude; como desvantagem, esta vertente dá margens à alegações de que a APS é irrelevante, especialmente nos países industrializados.

A segunda, também apontada como de fácil compreensão, entende a APS como parte do sistema de saúde e onde se estabelece o primeiro contato quando a população apresenta problemas de saúde. Inclui um amplo espectro de ações de serviços clínicos direcionados a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população.

Enquanto uma estratégia, terceira vertente citada por Vuori, significa garantir acessibilidade ao sistema, que deve funcionar de forma integrada e baseado na participação comunitária; estabelecer uma correta distribuição dos recursos entre os níveis de atenção; assegurar coordenação entre estes e a colaboração intersetorial. Para isso, o autor adverte que pode ser necessária uma reorientação dos profissionais de saúde para atuação na atenção primária, tanto em termos numéricos quanto na formação e atividades desempenhadas.

Por último, a APS como uma filosofia, implica o estabelecimento de um sistema pautado pela concepção ampla de saúde, norteado pelos princípios da justiça social, igualdade e também solidariedade internacional.

Na avaliação de Starfield (2002) as vertentes propostas por Vuori não são excludentes e podem coexistir em um mesmo sistema de saúde. A autora propôs uma abordagem para caracterizar a APS abrangente nos países industrializados, e define a atenção primária como:

aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002, p.28).

Nessa concepção, a atenção primária é compreendida como uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os demais níveis do sistema de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de recursos básicos e especializados, direcionados para a promoção, prevenção, cura e reabilitação, para maximizar a saúde e o bem-estar (STARFIELD, 2002).

Essa abordagem considera ainda quatro atributos da APS. O primeiro atributo é a atenção ao primeiro contato, que implica acessibilidade e uso dos serviços a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Giovanella e Mendonça (2008) ressaltam que para a constituição de um serviço de primeiro

contato (porta de entrada do sistema de saúde) é necessário eliminar barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais. As autoras também assinalam a necessidade do serviço exercer a função denominada *gatekeeping*, ou seja, filtro para acesso aos serviços especializados.

A longitudinalidade é apontada como segundo atributo da APS, e pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser pautado em confiança mútua e conhecimento entre famílias e profissionais de saúde.

A integralidade, terceiro atributo da APS, implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para garantir que o paciente tenha acesso a todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns não sejam oferecidos eficientemente dentro delas<sup>13</sup>.

Outro atributo destacado por Starfield (2002) é a coordenação (integração) da atenção. A autora assinala que a continuidade do cuidado e o reconhecimento do problema são fundamentais para avaliar a coordenação da atenção. Segundo Giovanella e Mendonça (2008), para que haja coordenação da atenção é necessário que ocorram transferências de informações sobre os problemas de saúde dos pacientes, bem como o cuidado recebido, de modo a assegurar atenção ininterrupta. Essas autoras destacam ainda que esse atributo torna-se cada vez mais indispensável em razão do envelhecimento populacional, das mudanças no perfil epidemiológico, que evidencia crescente prevalência de doenças crônicas, e da diversificação tecnológica da medicina.

De acordo com Starfield (2002), para medir o potencial e o alcance de cada um dos atributos mencionados são necessários um dos quatro elementos estruturais do sistema de serviços de saúde (acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e continuidade) e um dos dois elementos processuais (utilização e reconhecimento do problema).

Saltman, Rico e Boerma (2006) se apropriam da definição de atenção primária proposta por Starfield ao discutirem as reformas organizacionais dos serviços de atenção primária nos países europeus durante os anos 1990 e a atenção primária na condução dos

---

<sup>13</sup> Observa-se que o conceito de integralidade apontado por Starfield é mais delimitado que o discutido no Brasil. Mattos (2001b) destaca três conjuntos de sentidos da integralidade que incidem sobre diferentes pontos. O primeiro remete à medicina integral, que criticava a prática fragmentada dos médicos e dos demais profissionais de saúde diante dos pacientes, e, portanto, está associado à boa prática clínica. O segundo refere-se à organização dos sistemas de saúde, representando uma crítica à desarticulação das práticas de saúde pública e as da clínica e entre níveis de atenção. Nesse caso, a integralidade seria uma marca no modo de organização do sistema de saúde. O terceiro conjunto de sentidos da integralidade está relacionado às respostas governamentais aos problemas de saúde, que devem abarcar as suas mais diversas dimensões. Nas considerações finais, o autor assinala que em qualquer desses significados, e em muitos outros que esse termo pode adquirir, a integralidade representa, acima de tudo, a fuga do reducionismo. Destaca ainda que por trás de todos esses sentidos deve estar o princípio do direito universal ao atendimento das necessidades de saúde.

sistemas. Os autores neste estudo desenvolvem um modelo teórico sobre a integração da APS ao sistema de saúde e assinalam o fortalecimento da atenção primária, bem como a coordenação dos serviços prestados entre os diversos níveis de atenção, como estratégias adequadas para melhoria global dos cuidados em saúde.

A integração da APS com outras políticas públicas, a fim de promover a intersectorialidade, e com os demais níveis de atenção, para garantia do acesso a serviços de saúde de acordo com as necessidades de cada cidadão e do direito à atenção à saúde, denominadas, respectivamente, integração horizontal e integração vertical, são aspectos cruciais para a reorganização dos sistemas de saúde com base na APS abrangente preconizada em Alma-Ata (CONILL E FAUSTO, 2007).

Em síntese, a compreensão do termo atenção primária à saúde é permeada por diversas dimensões que dão forma a diferentes concepções de atenção primária. O predomínio de uma concepção em detrimento de outra nos diferentes sistemas de saúde está relacionado às particularidades dos sistemas, que são implementados em diferentes conjunturas sociais, políticas e econômicas e estão constantemente sob forte tensão de interesses conflitantes, característica marcante do setor saúde.

### ***Inserção da APS nas propostas de reforma dos sistemas de saúde em países centrais e periféricos***

Os processos recentes de reforma da política de saúde introduziram com força a discussão sobre o papel mais ou menos estratégico da atenção básica na oferta, coordenação e na busca por mais equidade nos sistemas nacionais de saúde (VIANA E FAUSTO, 2005).

Com a crise econômica, que afetou praticamente todos os países na década de 1980, a preocupação com os altos custos da assistência médica passou a ocupar o centro da agenda pública do setor saúde, desencadeando uma onda de reformas cujos argumentos eram basicamente econômicos. Questionava-se ainda a intervenção estatal no setor e os fundamentos básicos que haviam estruturado os sistemas de saúde até então, demonstrando que esta agenda, como afirma Almeida (1999), estava bastante sintonizada com o amplo movimento mundial de Reforma do Estado.

É possível identificar diferentes aspectos relativos à inserção da APS nas propostas de reforma setorial. Observa-se a APS sendo apontada como estratégia para mudança no modelo de atenção à saúde e elemento central para um sistema de serviços de saúde eficaz, mas

também como forma de reduzir os gastos em saúde, ao introduzi-la como medida racionalizadora da assistência médica, na tentativa de diminuir a ênfase na assistência hospitalar.

As propostas reformistas, ao serem difundidas para países europeus e latino-americanos, revelaram que a APS possui características distintas nestes sistemas de saúde. Giovanella (2006) afirma que, em países europeus, de um modo geral, o termo atenção primária refere-se aos serviços ambulatoriais de primeiro contato. Já nos países periféricos, com frequência o termo atenção primária à saúde corresponde também a programas seletivos, focalizados, de baixa resolutividade, dirigidos a grupos populacionais em extrema pobreza. Da mesma forma, Conill e Fausto (2007) destacam que, nos países da União Européia, identifica-se a difusão de uma política de atenção primária abrangente, enquanto nos países da América Latina, a APS foi implementada sob diversas perspectivas, porém houve predomínio de uma atenção primária seletiva.

Enquanto atenção ambulatorial não especializada de primeiro contato, formada por diferentes profissionais, a atenção primária exerce o papel de porta de entrada do sistema de saúde e a função de filtro (*gatekeeping*) para o acesso aos especialistas. Os médicos generalistas (GPs) são os principais atores no exercício dessa função.

De acordo com Gérvas (2008) a finalidade dessa função é adequar a intensidade da atenção ao processo de enfermidade, evitando com isso o desperdício de recursos, o uso indevido de tecnologia e seus potenciais danos à saúde. Ainda para o autor, o objetivo da atenção primária como porta de entrada resume-se na seguinte frase: “máxima qualidade, mínima quantidade, com tecnologia apropriada, o mais próximo possível do domicílio do paciente”.

Gervás e Fernández (2005) ressaltam que a função de filtro tem respaldo científico teórico e prático, porém requer uma grande capacitação e atualização dos médicos generalistas além de uma postura de prestação de serviços que assegure a eficiência dos cuidados através de uma alta capacidade resolutiva.

O predomínio dessa concepção é mais comum nos países europeus. Segundo Giovanella (2006), há acordo entre os *policy makers* de que a atenção primária deve ser a base de um sistema de saúde bem desenhado e capaz de orientar a organização do sistema como um todo. Nesses países, em geral, os serviços de atenção primária integram um sistema de saúde de acesso universal, inserido em um modelo de proteção social abrangente<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Duas modalidades de intervenção estatal em saúde predominam nos países europeus: os serviços nacionais de saúde e os seguros sociais. Nos serviços nacionais de saúde, a atenção primária é a porta de entrada de um

Nos países periféricos em geral observa-se a atenção primária em sua forma seletiva, com cesta restrita de serviços, voltados principalmente para determinados grupos populacionais, inserida em um modelo de proteção social também conhecido como focalizado.

A implementação da agenda reformista nesses países acarretou mudanças que aumentaram a fragmentação e segmentação dos sistemas de saúde, sem solucionar importantes questões como as desigualdades e os problemas de eficiência (CONILL E FAUSTO, 2007). Cabe ressaltar que esse movimento foi fortemente influenciado – e financiado – por agências internacionais que preconizavam para os países periféricos um modelo de proteção social focalizado em grupos populacionais em extrema pobreza e na saúde propunham cesta restrita de serviços.

O principal argumento para a instituição de programas focalizados apontava para a utilização ineficiente de recursos pelo Estado. Os escassos recursos públicos deveriam ser, portanto, concentrados em ações ou programas voltados aos pobres, pois a prestação de serviços a este público não era atrativo suficiente para despertar o interesse da iniciativa privada.

É possível concluir, em concordância com Giovanella (2008), que a implementação de diferentes concepções de APS está condicionada pelo modelo de proteção social à saúde em cada país. Este por sua vez irá refletir o tipo de solidariedade que os indivíduos estão dispostos a consolidar e a possibilidade de construir um pacto em um dado momento da história (CONILL E FAUSTO, 2007).

Viana e Fausto (2005) chamam atenção para duas questões-chave na definição do espaço e do papel da atenção básica nos diferentes modelos de sistemas nacionais de assistência à saúde. A primeira é a sua inserção em uma concepção focalista ou universalista, ou seja, a atenção básica como componente importante das estratégias de combate à pobreza e às desigualdades sociais ou como componente estratégico da estruturação, operação, coordenação e instrumento de equidade dos sistemas nacionais de saúde.

A segunda questão destacada pelas autoras é o caráter não mercantil da assistência no âmbito da atenção básica. O aspecto crucial que fundamenta a discussão estabelecida pelas autoras parte da assertiva que a atenção básica é um bem público, logo, não pode ser tratado

---

sistema de atenção à saúde, cujo acesso é universal. Já nos países com seguros sociais, a atenção primária é pouco desenvolvida e não se constitui porta de entrada, predominando o cuidado individual e a livre escolha (GIOVANELLA, 2008). Para maiores detalhes a respeito da atenção primária nos países da União Européia ver Giovanella (2006).

como um produto<sup>15</sup>. Segundo Viana e Fausto (2005) a idéia de espaços não mercantis (atenção básica) e mercantis (outros níveis de assistência curativa individual) surge no âmbito das políticas seletivas dos anos 1990. Para as autoras, a garantia do espaço não mercantil em algumas políticas está atrelada à existência ou não de interesses privados voltados para a comercialização desses serviços. Infelizmente até mesmo a atenção básica tornou-se objeto de desejo do mercado, ainda que os interesses sejam mais evidentes nos serviços de média e alta complexidade, sem dúvidas.

Estudo realizado por Temporão (2003) aponta a tendência no Brasil de um processo em curso de introdução da mercantilização em um espaço até então de hegemonia pública, situado no primeiro nível de atenção: o campo das vacinas. Embora ainda seja um espaço predominantemente público, os números obtidos na pesquisa revelaram que esse mercado tornou-se um dos principais segmentos da indústria farmacêutica no país em termos de volume de vendas. A expansão da participação privada é observada tanto no âmbito da produção quanto da oferta de vacinas.

A detecção desse fenômeno, como o próprio autor afirma, caracteriza a fragilização da presença do Estado em um setor que sempre foi paradigma da presença estatal no campo das políticas públicas em saúde. Conseqüentemente, adverte Temporão, rompe-se com os princípios da equidade e universalidade, norteadores de um sistema de caráter público e universal como é o caso do sistema de saúde brasileiro, à medida que o acesso às modernas vacinas torna-se diferenciado. Evidencia-se com isso a face cruel do jogo de interesses que permeia o setor saúde.

A produção acadêmica sobre o tema APS é vasta e ressalta os benefícios de um sistema de saúde orientado para a atenção primária, dentre os quais, maior efetividade, eficácia e equidade. Diferentes estudos realizados internamente nos países, tanto industrializados quanto em desenvolvimento, demonstram algumas vantagens para os sistemas de saúde estruturados a partir da atenção primária quando comparados a sistemas baseados em atenção especializada (STARFIELD, 2002; ATUN, 2004). Dentre as vantagens apontadas, a mais importante refere-se à atenção primária à saúde enquanto promotora de equidade do sistema de saúde e justiça social, somente possível a partir de uma concepção abrangente.

---

<sup>15</sup> Nessa mesma direção, Deppe (2005) afirma que a atenção à saúde é uma necessidade social e a sua organização deve ser orientada para essa necessidade e não para outros objetivos e interesses determinados pelo mercado e por lucros.

### ***O papel das agências internacionais na disseminação de políticas e programas de atenção primária para países em desenvolvimento***

No que se refere às políticas de saúde, a partir dos anos 1980 é possível observar uma inflexão no modo de desenvolver e difundir sugestões de políticas por parte das agências internacionais. Conforme Mattos (2001a) sublinha, no final dos anos 1980, as propostas de políticas, voltadas especificamente para os países em desenvolvimento, passaram a ser elaboradas em âmbito restrito a algumas agências internacionais e aos principais governos do mundo, disseminando-se via dispositivos de indução, como os empréstimos condicionados à adesão de determinadas políticas econômicas.

Nesse contexto, as discussões a respeito da atenção primária à saúde tomam importantes proporções envolvendo as duas perspectivas difundidas no final dos anos 1970: a atenção primária abrangente e a seletiva. Três agências internacionais, com diferentes perfis de atuação, se destacaram na difusão dessas concepções: a OMS, o UNICEF e o Banco Mundial.

Originalmente, a OMS e o UNICEF foram as instituições que desempenharam papel central na emergência e difusão do conceito de atenção primária à saúde nos anos 1970 (CUETO, 2004). Porém, no início dos anos 1980 essas agências passam a defender diferentes visões. Enquanto a OMS mantém seu posicionamento a favor da atenção primária abrangente, o UNICEF produziu uma pequena, porém significativa, ruptura com o consenso estabelecido em Alma-Ata (MATTOS, 2001a), e passa a advogar em prol da concepção seletiva de atenção primária. O cenário de crise econômica e a emergência dos governos neoliberais nos países desenvolvidos são alguns dos fatores que favoreceram a disseminação deste discurso seletivo, principalmente para países pobres (CUETO, 2004; FAUSTO, 2005).

Entretanto, o UNICEF não fora o único a ser seduzido pelas idéias concebidas em torno da atenção primária seletiva. Na própria OMS havia dissensões; alguns grupos apoiavam os programas seletivos, o que de certa forma enfraquecia as idéias originárias sobre atenção primária abrangente, como assinala Cueto (2004).

Como reflexo dessas divergências, no final dos anos 1980 observa-se a perda de espaço das organizações tradicionalmente encarregadas da questão sanitária e predominância das temáticas econômicas, conduzidas pelas agências financiadoras (ALMEIDA, 1996). Um exemplo emblemático foi a perda de influência e liderança internacional da saúde pela OMS.

Matta (2005) afirma que a Conferência de Alma-Ata é para a OMS um ícone de sucesso e fracasso simultaneamente. Sucesso de um passado de influência no desenho dos sistemas de saúde e nas políticas econômicas e sociais; fracasso de uma proposta que se pulverizou com a mesma velocidade do seu surgimento e de uma meta jamais alcançada. Além disso, o autor chama atenção para o surgimento de uma nova arena de negociação nesse período que exigia não só negociação política, mas também econômica e ideológica.

Nesse cenário emerge um novo ator que passa a assumir posição de destaque no debate internacional sobre as políticas públicas: o Banco Mundial. Cabe resgatar que, como aponta Mattos (2001a), os anos 1980 foram “os anos do ajuste”. Segundo o autor, o tema dos ajustes estruturais, ou seja, as reformas indispensáveis para que os países em desenvolvimento se ajustassem à nova dinâmica econômica mundial, tornou-se o centro do debate internacional sobre as políticas.

Orientado pelo “paradigma da economia da saúde”, o Banco Mundial passa a ser o principal difusor da idéia de cestas básicas (VIANA E FAUSTO, 2005). Conseqüentemente, torna-se um importante defensor da concepção seletiva de atenção primária.

As visões defendidas pelo Banco Mundial eram explicitadas em publicações e documentos - alguns produzidos anualmente - que englobavam diversas problemáticas inerentes ao setor saúde. De acordo com Mattos (2000), a publicação do documento *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*, em 1987, marca talvez o início de uma atuação mais expressiva do Banco Mundial na oferta de idéias no âmbito da saúde para o conjunto dos países em desenvolvimento. Posteriormente, em 1993, o relatório do desenvolvimento mundial referente à esse ano é dedicado ao setor saúde, refletindo a importância dada ao tema à época por essa agência.

Muitos países latino-americanos aderiram às propostas do Banco. Embora seja inegável o aumento de cobertura gerado pelas reformas implementadas nesses países, como revelam Conill e Fausto (2007) – alcançando assim o objetivo anunciado pelas agências que apoiavam o ideário das cestas básicas -, a expansão de cobertura se deu através da implantação de programas de atenção primária seletiva, a exemplo da Bolívia, Nicarágua e El Salvador, permanecendo o desafio de eliminar as desigualdades características da região.

No início dos anos 2000, as propostas incentivadas na década anterior recebem uma nova roupagem e novos apoiadores. A OMS, sob nova administração, ressurgiu com vigor e tenta assumir a liderança no que diz respeito ao aconselhamento junto aos governos sobre o andamento das reformas e reestruturações dos sistemas de saúde (MATTOS, 2001a).

No polêmico Relatório de 2000<sup>16</sup> intitulado *Health Systems: Improving Performance*, a OMS apresenta o conceito de “novo universalismo”<sup>17</sup>, definido como *high quality delivery of essential care, defined mostly by the criterion of cost-effectiveness, for everyone, rather than all possible care for the whole population or only the simplest and most basic care for the poor* (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2000, p. 15). Novamente a racionalidade econômica é utilizada para justificar a necessidade dos sistemas de saúde reverem a abrangência de suas ações.

A ênfase da OMS nos anos 2000 passa a ser o fortalecimento da atenção primária nos sistemas de saúde. Em 2005 afirma que a APS é um componente chave para alcançar a efetividade dos sistemas de saúde e os compromissos da Declaração do Milênio<sup>18</sup> e posiciona-se a favor da renovação da atenção primária nas Américas. De acordo com o documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”, o objetivo do processo de renovação da APS é revitalizar a capacidade dos países para articular uma estratégia coordenada, efetiva e sustentável, que permita melhorar a equidade e enfrentar os problemas de saúde atuais e futuros (OPAS/OMS, 2005). Para isso aponta como necessário o resgate do legado de Alma-Ata, onde fora apresentada a concepção de atenção primária abrangente.

Em 2008, no ano do 30º aniversário da publicação da declaração de Alma-Ata, o Relatório Mundial da Saúde tem como título “*Primary Health Care: now more than ever*”, revelando a centralidade do tema na agenda da OMS. O documento sugere a reforma da atenção primária, necessária para reorientar os sistemas de saúde. Esta estaria estruturada em quatro aspectos inter-relacionados:

---

<sup>16</sup> Nesse Relatório a OMS apresentou uma escala de desempenho dos diversos sistemas nacionais de saúde dos países-membros. Vários países manifestaram-se repudiando as estratégias adotadas no Relatório 2000, e exigiram da OMS uma profunda revisão das bases conceituais e metodológicas do estudo, antes de uma eventual nova avaliação (TRAVASSOS E BUSS, 2000). Para maiores detalhes sobre a metodologia empregada para avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, ver Informe final do seminário internacional realizado em 2000 sobre o desempenho dos sistemas de saúde. Disponível em [http://www.ensp.fiocruz.br/parcerias/redsahud/spanishversion/cuadernos\\_discusion\\_2.pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/parcerias/redsahud/spanishversion/cuadernos_discusion_2.pdf) Acesso em: 14 de fev. 2009.

<sup>17</sup> O Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) se apropria do conceito de novo universalismo e sugere sua aplicação no âmbito das políticas sociais como um todo, para uma nova orientação da proteção social na América Latina. A proposta denominada “universalismo básico” foi publicada em 2006, no documento intitulado “Universalismo básico: uma nova política social para a América Latina” e está pautada em quatro eixos: fortalecimento da cidadania; equidade como valor irrenunciável e como dimensão que permeia todo o processo de construção de políticas sociais; visão articuladora e integral das intervenções sociais; e o papel determinante do Estado na garantia das prestações básicas (BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO, 2006). Embora pautada por princípios como cidadania e equidade, a proposta consiste em delimitar o papel do Estado nesses países, restringindo sua participação e responsabilidade na garantia dos direitos sociais.

<sup>18</sup> A Declaração do Milênio, que afirma a saúde como um direito humano, foi aprovada na Assembléia Geral das Nações Unidas em 8 de setembro de 2000.

- *Universal Coverage Reforms*, para melhorar a equidade no acesso aos serviços de saúde;
- *Service Delivery Reforms*, para conseguir sistemas de saúde centrados no indivíduo;
- *Public Policy Reforms*, para promover e proteger a saúde das comunidades;
- *Leadership Reforms*, para que as autoridades sanitárias sejam mais confiáveis.

Citando exemplos de países que implementaram reformas bem sucedidas orientadas pelo conceito de atenção primária abrangente – dentre eles o Brasil - , a OMS afirma que a reforma proposta não é irreal, mas é necessário mobilização política.

Em termos gerais, a breve discussão aqui exposta sobre a atuação das agências internacionais no âmbito da saúde a partir dos anos 1980 revela a influência desses organismos, principalmente nos países latino-americanos, e remete a reflexão sobre as transformações dos sistemas de saúde nos últimos anos, impulsionadas por pressões de cunho econômico. Foi possível observar também como a postura das agências variou ao longo das décadas, principalmente no que diz respeito à concepção de atenção primária à saúde. O quadro abaixo sintetiza o posicionamento das principais agências internacionais em relação aos conceitos de APS e proteção social ao longo dos anos.

**Quadro 1.1 - Síntese do posicionamento das principais agências**

Agências	APS	Proteção social
<b>OMS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nos anos 1980 defende a concepção explicitada na Declaração de Alma-Ata (1978) que considera a APS estratégica para organização dos sistemas de saúde;</li> <li>▪ Já na década de 1990, como reflexo da divisão interna, não há um posicionamento claro desta agência. Parte dos membros defende a concepção abrangente, de Alma-Ata, enquanto outros defendem a atenção primária seletiva;</li> <li>▪ Nos anos 2000 há um resgate da APS abrangente de Alma-Ata e um posicionamento notório a favor da reforma dos sistemas de saúde orientada pela APS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Embora considere a saúde como um direito, no início dos anos 2000 chega a defender o “novo universalismo”. Esta proposta parte do pressuposto de que não é mais possível oferecer todos os serviços para o conjunto da população em razão das restrições financeiras dos Estados e do crescimento dos gastos. Nesse sentido, sugere que um determinado conjunto de ações essenciais de alta qualidade, definido pelo critério de custo-efetividade, seja oferecido para todos. Posteriormente este conceito deixa de aparecer nos principais documentos lançados por esta agência.</li> </ul>
<b>UNICEF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mesmo tendo apoiado a realização da Conferência de Alma-Ata, desde os anos 1980 até os dias atuais defende a concepção seletiva de APS;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Defensor da modalidade de proteção social ancorada em políticas focalizadas voltadas para determinados grupos sociais;</li> </ul>
<b>Banco Mundial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Considerado um dos maiores difusores da idéia de atenção primária seletiva, foi o responsável pela introdução no debate internacional do conceito de “cestas básicas” de serviços.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Defende a redução do papel do Estado na garantia dos direitos sociais, logo, defende um modelo de proteção social pautado em políticas focalizadas como o mais adequado para países em desenvolvimento.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

A partir da sistematização exposta no quadro acima, é possível destacar algumas questões relevantes para compreensão da oferta de idéias pelas agências internacionais. Primeiramente, as posições das agências variam ao longo do tempo. Em segundo lugar, estas organizações não são monolíticas, ou seja, há diversidade de opiniões no interior das próprias agências.

Outra ponderação refere-se à incorporação destas idéias pelos países. Sabe-se que a influência das agências internacionais nos países é variável, logo, a implantação de suas propostas não é similar em todos. Como exemplo emblemático tem-se o Brasil, que nos anos 1980, quando a idéia de seletividade torna-se hegemônica, logrou implementar um sistema de

saúde universal, o SUS. Melo e Costa (1995) assinalam que a forma como interagem os atores nacionais e internacionais em contextos de negociação, cooperação e barganha é um aspecto fundamental nesse processo. Isto porque o modo de difusão das idéias pelas agências internacionais é mediado por escolhas e, portanto, pode-se dizer que as decisões do governo e das burocracias locais serão mais importantes até do que as próprias agências.

Em síntese, o que irá determinar a opção de um país em adotar ou não propostas difundidas no campo ideológico pelas agências internacionais será não só a influência destes organismos, mas os valores daquela sociedade, sua trajetória histórica, e os atores locais envolvidos no processo. Nesse sentido, Giovanella (2008) afirma que nos países periféricos há uma tensão permanente entre a expansão de cobertura apenas com cuidados básicos e a garantia de cesta ampla na consolidação de sistemas universais. De acordo com a autora, a direcionalidade depende muito da constelação de forças políticas em cada momento histórico.

A compreensão do debate conceitual sobre APS, do seu papel nos sistemas de saúde e nas políticas de proteção social, bem como da atuação de agências internacionais nos países periféricos, contribui para análise do caso específico brasileiro, que constitui o objeto do próximo capítulo.

## Capítulo 2 – Trajetória da APS no sistema de saúde brasileiro

### *Organização dos serviços de saúde e a atenção primária no período pré-SUS*

Para desenhar a trajetória da atenção primária no período pré-SUS faz-se necessário resgatar aspectos históricos referentes à Saúde Pública e à organização dos serviços de saúde no Brasil, que datam do início do século XX. Cabe ressaltar que ao longo da trajetória da política de saúde brasileira observa-se uma dualidade na organização das ações e serviços do sistema de saúde, com práticas realizadas de forma dicotomizada, gerando duas formas de intervenção distintas: uma de caráter social, sanitarista ou de saúde pública; e outra, ligada à prestação de cuidados aos indivíduos, a clínica (FAUSTO, 2005; CAMPOS, 2007).

Segundo Campos (2007) é de fundamental importância para o entendimento sobre as bases das propostas operacionais dos estabelecimentos de saúde pública a compreensão da oposição epistemológica existente entre a clínica e a saúde pública. Enquanto a saúde pública utiliza uma abordagem coletiva, o que pressupõe que o bem-estar coletivo subordina os interesses individuais, a clínica tem como compromisso a saúde de cada paciente, a atenção individual, afirma o autor. Mesmo utilizando-se de intervenções clínicas, os estabelecimentos de saúde pública compreendem e agem segundo uma ótica epidemiológica.

A ênfase na saúde coletiva e no combate às endemias marca o início da organização das ações e serviços de saúde no Brasil. O movimento sanitarista que surge na primeira república (1889-1930) desempenhou um importante papel na consolidação do Estado Nacional no Brasil, à medida que as concepções sobre doenças e a forma de lidar com elas tinham implicações para a economia, o comércio internacional e desenvolvimento científico dos países (LIMA, 2002).

No Brasil, a febre amarela era considerada o grande desafio da política sanitária em fins do século XIX e início do século XX. As epidemias ocorridas no Rio de Janeiro em 1849 e 1850, e o surto de peste bubônica em Santos, em 1899, alteraram a imagem pública do Brasil como um “país saudável” ou um “mundo sem mal”, e em razão disto foram criados o Instituto Butantan, em São Paulo, e o Instituto Soroterápico Federal no Rio de Janeiro, onde atualmente situa-se a sede da Fiocruz (LIMA, 2002; CAMPOS, 2007).

A década de 1910 é caracterizada pela formação de um movimento em saúde pública que ficou conhecido como “médico-sanitário” (MERHY E QUEIROZ, 1993). Este movimento foi influenciado pela escola norte-americana de saúde pública, principalmente através da Repartição Internacional de Saúde Pública da Fundação Rockefeller, que desde 1916 apoiava ações para o controle da febre amarela, malária e ancilostomíase no Brasil (CAMPOS, 2007).

Em 1918 é criada a Liga Pró-saneamento do Brasil, movimento liderado por Belisário Penna e Artur Neiva, que criticava o excessivo urbanismo e regionalismo da política de saúde então vigente e exigia que se levassem para os sertões as campanhas sanitárias que até então só haviam beneficiado as áreas urbanas (SANTOS, 1989; MERHY E QUEIROZ, 1993). Outro fator alvo das críticas nesse momento era a oligarquização da República e a ausência da autoridade governamental na maior parte do território nacional, que impediam uma ação coordenada em nível federal capaz de promover o combate às epidemias e endemias e a melhoria da saúde da população (LIMA, 2002). De acordo com a Constituição de 1891, o princípio do federalismo determinava que cabia aos estados a responsabilidade por ações de saúde e saneamento (LIMA, FONSECA E HOCHMAN, 2005).

A campanha promovida por esse movimento conseguiu criar postos de saneamento e profilaxia rural em vários estados, que significaram a presença do Estado na atenção à saúde da população. Esses postos passam a representar uma nova fase, de prestação da assistência de forma permanente e à populações definidas (CAMPOS, 2006).

Um novo marco na evolução institucional da saúde pública foi a Reforma Carlos Chagas, com a criação, em 1920, do Departamento Nacional de Saúde Pública - DNSP (CAMPOS, 2007). Com o surgimento do DNSP, os sanitaristas - até então situados à margem do processo decisório relativo à questão sanitária - foram trazidos para o interior do aparelho estatal. O Novo Regulamento Sanitário criado buscou enfrentar novos desafios e superar outros ainda não solucionados na fase anterior, como a tuberculose, e recomendava principalmente ações contra o contágio por meio de notificação dos casos, isolamento, desinfecções e educação antituberculosa (CAMPOS, 2007).

Lima, Fonseca e Hochman (2005) afirmam que durante a Primeira República foram estabelecidas as bases para a criação de um sistema nacional de saúde caracterizado pela concentração e verticalização das ações no governo central. Além disso, é na década de 1920 que surgem os primeiros esboços de previdência social.

Em 1923 o Congresso Nacional aprovou a lei Eloy Chaves, que instituía as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Primeiramente estas só englobavam os ferroviários.

Somente em 1926 ocorreu a extensão deste modelo aos portuários e marítimos. As CAPs além da previdência ofereciam assistência médica aos seus segurados. Cabe destacar que o Estado não participava da gestão e nem do financiamento das caixas.

Com o crescimento das CAPs foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Isto representou um rompimento com o padrão CAPs, na medida em que o Estado passa a participar como contribuinte e este modelo englobava categorias profissionais em âmbito nacional (HOCHMAN E FONSECA, 1999). Os primeiros Institutos a serem criados foram o dos marítimos (IAPM) em 1933, depois os dos bancários e comerciários (IAPB e IAPC) em 1934 e, por último, os industriários (IAPI), em 1936. Surge neste momento uma nova tecnoburocracia de ideologia racionalizadora e modernizante cuja principal expressão são os “cardeais do IAPI” (NORONHA E LEVCOVITZ, 1994).

A experiência acumulada a partir da criação dos Postos de Saneamento e Profilaxia Rural embasou a construção dos Centros de Saúde. Os primeiros Centros de Saúde foram implantados em 1925, quando em São Paulo foram instalados três estabelecimentos: o Centro de Saúde do Brás, o Centro de Saúde do Bom Retiro e o Centro de Saúde do Instituto de Higiene, este último considerado modelo (CAMPOS, 2006). Esta nova forma de organização tinha como principais defensores os “jovens turcos”, sanitaristas vinculados ao Departamento Nacional de Saúde Pública que defendiam a mudança do modelo assistencial público vigente - baseado na campanha e na polícia sanitária - para um modelo de cunho mais educativo e preventivo, de modo a criar uma “consciência sanitária” dos cidadãos, pois acreditavam que só assim seria possível superar as mazelas sanitárias do país (MERHY E QUEIROZ, 1993; CAMPOS, 2006).

Novos princípios organizacionais e metodologias surgem com a proposta dos Centros de Saúde, sendo os principais a subdivisão das cidades em Distritos Sanitários e a ação das equipes de enfermeiras visitadoras. Através destas buscava-se conhecer sistematicamente a situação dos domicílios, das famílias e indivíduos, monitorando e traçando o perfil epidemiológico de cada área (CAMPOS, 2007, p. 888).

A Saúde Pública no Brasil expandiu-se como função estatal nos anos 1930 (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008). Além disso, o período que corresponde ao primeiro governo de Getúlio Vargas (1930- 1945) é definido como um marco na configuração das políticas sociais no Brasil, em que ocorreram mudanças institucionais que estabeleceram um arcabouço jurídico e material que conformariam o sistema de proteção social até um período recente (LIMA, FONSECA E HOCHMAN, 2005).

No decorrer da década de 1930, a constituição de um aparato estatal na saúde, iniciada nos anos 1920, ganha caráter nacional e se acelera, ao mesmo tempo em que se diferenciam dois setores: a saúde pública e a medicina previdenciária. A principal diferença entre estes está no acesso da clientela. Enquanto no primeiro arranjo assistencial o acesso é universal, no segundo o acesso está atrelado às condições de inserção no mercado de trabalho formal. Isso se deve às diferentes concepções sobre proteção social presentes nestas modalidades de intervenção em saúde.

É importante resgatar que a concepção base de cidadania social é que todo cidadão tem o direito à vida digna e é responsabilidade estatal a garantia do bem-estar básico, pois é direito e não caridade. Diversos autores apontam diferentes tipologias para denominar os modelos de proteção social, ou regimes de *welfare state*, porém faz-se necessário enfatizar que estas não correspondem a estágios progressivos e não são tipos puros.

Na década de 1930 observa-se a convivência de duas concepções de cidadanias, de acordo com a classificação de Fleury (1994): cidadania universal, onde todos os cidadãos possuem os mesmos direitos, independente da classe sócio-econômica ou posição no mercado; cidadania regulada<sup>19</sup>, onde os direitos estão ligados à inserção no processo produtivo, no mercado formal de trabalho, ou seja, proteção social não como direito, mas sim como mérito.

Nesse momento, as questões que obtiveram relevância no debate intelectual estavam direcionadas para o papel do Estado diante dos problemas sociais e a relação entre o governo central e os estados, através do contraponto entre Nação e Federação, entre centralização e descentralização, incluindo as definições sobre o papel que deveriam desempenhar os municípios e suas relações com o governo central (LIMA, FONSECA E HOCHMAN, 2005).

O período é caracterizado pela reforma no âmbito das ações de saúde. Os principais marcos foram a criação, em 1930, do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), e sua reforma administrativa, em 1941, implementada pelo então ministro Gustavo Capanema e conduzida por João de Barros Barreto, diretor do DNSP. Isso implicou a verticalização, centralização e ampliação da base territorial de efetiva ação do governo federal, cuja característica anterior era o excessivo peso no Distrito Federal (LIMA, 2002).

A reforma de Capanema, no campo específico da saúde pública, instituiu a criação das delegacias federais de saúde, dos serviços nacionais e das conferências nacionais de saúde<sup>20</sup>, o

---

<sup>19</sup> O conceito de cidadania regulada foi inicialmente cunhado por Santos (1979).

<sup>20</sup> As Conferências Nacionais de Saúde deveriam reunir delegações de todos os estados em um fórum nacional

que segundo Hochman e Fonseca (1999) foram ações que fizeram com que a saúde pública passasse a espelhar as orientações mais gerais da política varguista.

Outro aspecto importante a ser ressaltado com relação à dimensão institucional do período, refere-se à distinção das ações estabelecidas no âmbito do MESP e do Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC). De acordo com Lima, Fonseca e Hochman (2005), essa distinção correspondeu a um formato diferenciado de reconhecimento de direitos sociais. De um lado, estabeleceu-se o arcabouço jurídico e material da assistência médica individual previdenciária, desenvolvida no MTIC, destinada aos inseridos no mercado formal de trabalho. Do outro lado, no MESP, encontrava-se tudo o que dissesse respeito à saúde da população e que não estava na abrangência da medicina previdenciária.

Ainda para esses autores, foi durante o primeiro governo de Getúlio Vargas que se iniciou a distinção institucional entre duas áreas de gestão em políticas públicas de saúde, que marcaria definitivamente as ações de saúde no Brasil. Neste momento, a política de saúde pública foi definida a partir de critérios que privilegiariam uma centralização normativa, acompanhada por uma descentralização executiva, com criação de mecanismos que fortalecem a presença federal nos estados como contraponto aos interesses privados regionais (LIMA, FONSECA E HOCHMAN, 2005, p.43).

Na década de 1940, com a criação dos Serviços Nacionais de Saúde e do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP - (1942), constata-se um aprofundamento da centralização e verticalização das ações de saúde pública, característica que se manteria nos anos posteriores e faria parte da história da saúde pública no Brasil (LIMA, 2002; GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008).

Cabe ressaltar que a atuação do SESP respaldava-se num acordo entre os governos norte-americano e brasileiro, e suas políticas eram realizadas em parceria com o Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA). Este acordo tinha para os norte-americanos um objetivo muito específico e imediato: criar condições sanitárias adequadas nos vales do Amazonas e do Rio Doce que garantissem o provimento de matérias-primas cruciais aos esforços militares dos Estados Unidos na Segunda Guerra Mundial (CAMPOS, A. 2006).

---

de caráter oficial para discutir os temas de saúde pública; a primeira foi realizada em 1941, no Rio de Janeiro (HOCHMAN E FONSECA, 1999). A legislação do SUS dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema e define a Conferência e também o Conselho Nacional de Saúde como instâncias deliberativas do SUS. Para maiores detalhes ver a Lei nº 8142 de 28 de novembro de 1990.

O modelo SESP<sup>21</sup> adotou uma prática mais abrangente, conjugando medicina preventiva e curativa, respaldada em desenvolvimento científico e tecnológico limitado, sob a influência da medicina preventiva norte-americana através de convênios com a Fundação Rockefeller (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008). As atividades privilegiavam o que denominavam “atividades sanitárias básicas” e a atuação era principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país, favorecendo dessa forma as áreas rurais (HOCHMAN E FONSECA, 1999). Para Fausto (2005), pode-se dizer que as ações desenvolvidas pelo SESP foram as bases da atenção primária no Brasil.

Com a queda de Vargas em outubro de 1945, a realização de eleições e a promulgação de uma nova Constituição em 1946, o país inicia um período de redemocratização. A saúde pública vivenciou um movimento denominado “sanitarismo desenvolvimentista” que integrava a corrente nacional desenvolvimentista e propugnava a compreensão das relações entre pobreza e doença e sua importância para a transformação social e política do país (LIMA, FONSECA E HOCHMAN, 2005). Esse contexto fez ressurgir no interior da Assembléia Constituinte os debates a respeito da reorganização da sociedade brasileira e, conseqüentemente, os problemas sanitários brasileiros bem como as questões de saúde pública passaram a integrar as discussões (HAMILTON E FONSECA, 2003).

O desdobramento do Ministério da Educação e Saúde para constituir o Ministério da Educação e Cultura e o Ministério da Saúde foi tema de diversas reuniões da Comissão Interpartidária<sup>22</sup> no ano de 1953. Embora a instabilidade política tenha caracterizado o ano de 1953, é neste ano que ocorre o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, e o Ministério da Saúde é então criado (HAMILTON E FONSECA, 2003). De acordo com estas autoras, o principal fator que explica a aprovação do projeto de criação do Ministério da Saúde naquela conjuntura pode ser encontrado na necessidade de utilizá-lo como moeda de negociação entre os partidos políticos.

O Ministério da Saúde recém-criado herdou a prática verticalizada e dual realizada nos departamentos específicos. Da década de 1950 à de 1980, o Ministério da Saúde foi o gestor das ações de saúde pública no âmbito nacional, baseando a sua atuação em uma concepção mais universalista - embora segundo uma racionalidade programática, tradicional da saúde

---

<sup>21</sup> Em 1960 o SESP foi transformado em Fundação do Ministério da Saúde (FSESP) e assim permaneceu até os anos 1990, quando ocorreu a reforma da política de saúde e a FSESP foi extinta, criando-se a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que fundiu a FSESP e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM (FAUSTO, 2005).

<sup>22</sup> A Comissão Interpartidária foi criada por Getúlio Vargas com o argumento de que havia a necessidade de articular uma profunda reforma do sistema administrativo da União. Neste sentido, todos os partidos nacionais foram convocados para a elaboração do projeto de reestruturação da máquina administrativa federal (HAMILTON E FONSECA, 2003).

pública -, enquanto a assistência médica individual curativa ocorria predominantemente no âmbito do sistema previdenciário, sendo o acesso atrelado às condições de inserção formal no mercado de trabalho (MACHADO, 2007a).

A dualidade entre serviços de saúde pública e assistência médica foi um dos pontos debatidos na 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 1963. Dentre os principais temas debatidos estavam a distribuição de responsabilidades entre os entes federativos; uma avaliação crítica da realidade sanitária do país e uma clara proposição de municipalização dos serviços de saúde (LIMA, FONSECA E HOCHMAN, 2005).

Duas perspectivas se confrontaram nessa Conferência: uma unificadora, estruturada em torno das idéias do sanitarismo desenvolvimentista, que apresentava propostas de descentralização do sistema e soluções médicas e sanitárias mais próximas dos problemas de saúde e da população; e outra oriunda do setor secundário, que propunha a ampliação da cobertura da previdência social (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008). Segundo estas autoras, a última perspectiva consolidou-se com a unificação dos institutos previdenciários no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966.

Com o início do regime autoritário a partir do golpe militar de 1964, houve um corte com relação às propostas descentralizantes e um reforço da dualidade da política nacional de saúde (FAUSTO, 2005). O Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde (LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005).

Braga e Paula (1981) assinalam que, neste período, em todos os países os custos da assistência à saúde elevaram-se extraordinariamente devido às transformações científicas e tecnológicas por que passava o ato médico. Para ilustrar os efeitos da maior presença do capital na atenção à saúde nesse momento, os autores fazem uma analogia com a Revolução Industrial:

o cuidado deixou de ser artesanal ou manufatureiro – prestado pelo médico isolado e por serviços bastante simplificados – e passou a assumir características de grande fábrica – papel desempenhado pelo hospital moderno. Da mesma forma, o capital – enquanto valor que se reproduz – instalou-se na atenção médica, que passou a produzir mercadorias no sentido mais estrito da palavra (BRAGA E PAULA, 1981, p. 87-88).

Nesse contexto, a saúde pública no Brasil fica relegada a segundo plano. A participação do Ministério da Saúde no orçamento global da União era decrescente, e em 1972 não chegava a 2%. Segundo Braga e Paula (1981) tratava-se de uma decisão política de gasto, com ênfase na Medicina Previdenciária e simultâneo descuramento da Saúde Pública.

No que se refere à atuação das três esferas de governo, as políticas ditadas pelo governo federal eram executadas principalmente pelas secretarias estaduais de saúde, enquanto os municípios, embora fossem instâncias autônomas, não eram reconhecidos como instâncias planejadoras e executoras de políticas setoriais. Por essa razão, não possuíam tradição na execução de ações e poucos possuíam rede própria (FAUSTO, 2005).

A partir de então, consolida-se a tendência de contratação de produtos privados de serviços de saúde, sob forma de convênios e credenciamento, como estratégia dominante para a expansão da oferta de serviços. Os serviços médicos prestados pelas empresas privadas eram pagos por Unidade de Serviço (US) e esta forma de pagamento tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção (SCOREL, NASCIMENTO E EDLER, 2005).

Embora a assistência médica estivesse centrada no atendimento hospitalar, observou-se nesse período crescimento proporcionalmente ainda maior do atendimento ambulatorial. Na avaliação de Braga e Paula (1981) o crescimento da assistência ambulatorial não era contraditório com a tendência à capitalização vivida pela assistência à saúde no Brasil, visto que não se tratava mais de uma prática ambulatorial como a do final dos anos 1950 e começo dos anos 1960, mas sim uma prática ligada técnica e economicamente ao hospital e à rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT).

Vale ressaltar que esse processo de capitalização da medicina no Brasil ocorreu sob incentivo do Estado, que ofereceu condições propícias para o investimento privado no setor saúde. As conseqüências desta política privatizante apareceram rapidamente, corroendo a capacidade gestora do sistema e reforçando a sua irracionalidade (CARVALHO, 1999).

Os anos 1970 são marcados pela expansão e pela crise do modelo médico-previdenciário. Houve expansão em número de leitos disponíveis, aumento da oferta de serviços médico-hospitalares e esse foi o período onde a assistência médica financiada pela Previdência Social dispôs do maior orçamento de sua história (SCOREL, NASCIMENTO E EDLER, 2005). No entanto, foi também o período onde a crise econômica se aprofundou, os custos do sistema tornaram-se altíssimos, tanto em razão da opção pela medicina curativa, quanto em razão da forma de pagamentos aos prestadores através das USs, que eram uma fonte suscetível a fraudes e de difícil controle.

Nessa época, internacionalmente discutiam-se os efeitos negativos da medicalização e da elitização da prática médica, bem como a profunda desigualdade existente entre o estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. A Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, é um marco histórico no que diz respeito a esta discussão e à atenção primária, como visto no capítulo anterior, por afirmar a saúde como um

direito humano fundamental, sob responsabilidade política dos governos, mediante adequadas medidas sanitárias e sociais.

O movimento sanitário brasileiro reflete esse momento de questionamentos. Entendido como um movimento ideológico com uma prática política, constituiu-se a partir dos Departamentos de Medicina Preventiva das escolas médicas, num confronto teórico com o movimento preventivista liberal de matriz americana e com sua versão racionalizadora proposta pela burocracia estatal (ESCOREL, NASCIMENTO E EDLER, 2005). Outro ator importante na difusão das idéias propostas pelo movimento sanitário foi o Centro de Estudos Brasileiros de Saúde (CEBES).

Emergiram, nessa fase, algumas experiências sanitárias locais e regionais introduzidas pelas universidades, com apoio de agências internacionais tais como OPAS, Fundação Kellogg, Rockefeller, Ford, que trouxeram novas bases para o debate sobre o modelo de atenção vigente, indicando a urgência de uma reforma setorial no plano nacional (FAUSTO, 2005). Dentre essas, destacam-se o Centro Médico Social de São José Murialdo, o Programa de Medicina Comunitária de Londrina, a experiência de Campinas, o Projeto Montes Claros, o Projeto de Paulínea, entre outros (FAUSTO, 2005; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Cabe salientar entre as experiências supracitadas o Projeto Montes Claros, em Minas Gerais. Esse projeto tinha por finalidade a expansão da cobertura e a integração docente-assistencial (FAUSTO, 2005). Foi uma experiência que incorporou em sua prática os conceitos que posteriormente seriam os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde.

O regime militar sofreu numerosas críticas no que se refere ao seu projeto político e social. A busca pela legitimação social ocorre sobretudo a partir de 1974, com a posse de Ernesto Geisel e a instituição do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND). O II PND marcou a assunção das políticas sociais como atribuição do Estado e associava a dimensão social em seu projeto de desenvolvimento econômico para que fosse alcançado o estágio de desenvolvimento pleno (CARVALHO, 1999; FAUSTO, 2005). É também nos anos Geisel que se inicia o processo de abertura política, completado pelo último presidente militar, general João Figueiredo (ESCOREL, NASCIMENTO E EDLER, 2005).

Em 1975 é instituído o Sistema Nacional de Saúde (SNS), na tentativa de definir diretrizes para uma política de direção única no setor em todo o território nacional e abrir efetivamente um novo espaço de atuação a partir da assistência médica individual e de medidas de alcance coletivo voltadas às populações de baixa renda (MERHY E QUEIROZ,

1993; FAUSTO, 2005). Segundo Machado (2007a), apesar da lei<sup>23</sup> que instituiu o SNS representar o primeiro esboço de uma política de saúde integrada, apresentava uma série de limitações, não trazendo as condições para uma efetiva unificação da política.

É nesse contexto que ocorrem importantes iniciativas de expansão de cobertura. De acordo com Fausto (2005), as primeiras tentativas foram instituídas formalmente com a criação de programas dirigidos aos trabalhadores rurais e indigentes, que parcialmente foram incorporados ao sistema de saúde previdenciário, com a instituição do Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL). A partir de então, os chamados “estouros” orçamentários no sistema previdenciário passaram a ocorrer com maior frequência, acentuando a urgência de se imprimir maior racionalidade ao sistema de saúde (MERHY E QUEIROZ, 1993).

Nesta mesma época ocorreu a incorporação de propostas de expansão da cobertura assistencial no plano federal, com a implantação do Plano de Pronta Ação (PPA), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). Fausto (2005) afirma que isto foi reflexo de um conjunto de fatores, dentre os quais a autora destaca: no plano internacional, a recomendação de organismos como OPAS/OMS e CEPAL para a formulação de políticas de desenvolvimento social fortemente focadas nas populações marginalizadas, desprovidas do acesso aos serviços sociais; a crescente demanda nos serviços de saúde pertencentes ao sistema previdenciário e sua evidente crise financeira; a precariedade e baixa efetividade da rede pública de assistência à saúde; no contexto da distensão política, a formulação do II PND (1975-1979), plano que direcionava as ações do Estado para o desenvolvimento econômico onde estava implícita a noção de que a área social era parte importante para o alcance das metas de crescimento do país.

O PPA, expedido e regulamentado em 1974 e 1975, normatizou as condições para expansão de cobertura dos serviços assistenciais e acarretou um aumento sem precedentes na produção de serviços assistenciais (NORONHA E LEVCOVITZ, 1994).

O PIASS foi elaborado em 1976 pela equipe do setor de saúde do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (IPEA) e articulava recursos do Fundo de Apoio Social, que era administrado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Esses recursos financiavam tanto a construção de unidades básicas de saúde quanto os convênios entre o Ministério da Saúde e a Previdência Social no âmbito federal e as

---

<sup>23</sup> Lei 6.229, de julho de 1975.

secretarias municipais de saúde, visando implantar serviços de primeiro nível em cidades de pequeno porte (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008). Sua área de ação prioritária era a região nordeste, especialmente as localidades que não interessavam as empresas de saúde, e, portanto, não se chocava com setores privatizantes da prática médica e da Previdência Social (SCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005). Certamente o PIASS foi uma política estatal importante, porém, ao privilegiar a implantação nessas áreas, não rompe com a forma de organização dos serviços hegemônica no país e assim novamente o Estado favorece o crescimento das empresas privadas de saúde.

Na seqüência do PIASS, em 1981, foi formulado o PREV-SAÚDE que tentou imprimir uma reforma no sistema nacional de saúde a partir da estratégia de universalização dos cuidados básicos de saúde (FAUSTO, 2005). O PREV-SAÚDE segundo Felipe (1987) foi um programa importante, porém natimorto. No trabalho desenvolvido por Fausto (2005) é possível compreender tal assertiva. A autora afirma com base em Cordeiro (1991), que o PREV-SAÚDE não conseguiu avançar das letras para os fatos pois suas diretrizes atingiam interesses divergentes, e por isso enfrentou resistências no interior das burocracias estatais, forte oposição das entidades do segmento médico-empresarial e, ainda, as pressões oriundas do campo da medicina liberal.

Cabe ressaltar que em 1977 houve uma reorganização institucional dentro do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS) com distribuição de atribuições para dois importantes institutos: o Instituto Nacional da Previdência Social, o INPS, e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS (CORDEIRO, 1991). Noronha e Levcovitz (1994) destacam que isso acarretou um novo momento de centralização do poder político, que associado ao asfixiamento da capacidade financeira autônoma dos estados e municípios estabelecido pela Emenda Constitucional de 1969, destruiu quase completamente a capacidade de condução descentralizante de políticas sociais pelos níveis subnacionais de governo.

O projeto de reforma sanitária dos anos 1980 se insere no contexto de redemocratização e crise do modelo médico-previdenciário, e esteve pautado na discussão nacional de democracia e direitos de cidadania, e pelo questionamento ao modelo de atenção à saúde vigente no país.

O pensamento reformista desenvolveu sua base conceitual a partir das correntes marxistas e estruturalistas em voga. Seu desenho articulava práticas teórica, política e ideológica numa luta contra-hegemônica, de crítica à abordagem preventivista liberal dominante (SCOREL, NASCIMENTO E EDLER, 2005).

A reforma sanitária dos anos 1980 propunha a reorganização do sistema de saúde a partir da democratização do sistema, com participação popular, universalização do acesso e a defesa de um sistema de caráter público e descentralizado<sup>24</sup>. Além disso, sugeria mudanças no modelo assistencial, a partir da compreensão da concepção ampliada de saúde e da afirmação do binômio saúde e democracia, na tentativa de superar as visões biológica e ecológica do preventivismo (LIMA, 2005).

Com o agravamento da crise da Previdência Social, que atinge seu ápice em 1981, intensificam-se os movimentos de crítica ao modelo de saúde vigente, e os próprios setores governamentais tanto da área econômica como da Previdência Social estimularam a grande politização da questão da saúde, ao decretarem falência do sistema e intensificaram o debate público, tanto na imprensa quanto no Congresso Nacional, sobre a necessidade permanente de mudanças (NORONHA E LEVCOVITZ, 1994).

Os autores ressaltam que o envolvimento de intelectuais e sua aproximação com as diversas categorias profissionais permitiram a disseminação de uma agenda reformista do setor saúde, formulada e consolidada ao longo de toda a década de 1970, sob a liderança das forças socialistas e democráticas que atuaram legalmente no MDB e posteriormente nos partidos de esquerda e centro-esquerda surgidos com a abertura democrática e a anistia, com destaque para o PMDB, o PSDB, o PT, o PCB e o PC do B.

Nesse contexto de crise, uma das medidas adotadas pelo governo federal para combatê-la foi a criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Propunha-se que o CONASP deveria reorganizar a assistência médica, sugerir critérios para a alocação de recursos no sistema de saúde, estabelecer mecanismos de controle de custos e reavaliar o financiamento da assistência médico-hospitalar (CORDEIRO, 1991, p. 30).

Em 1982 é lançado o Plano CONASP que, de certa forma, resgatava alguns princípios existentes no PREV-SAÚDE e dividia-se em três partes. A primeira, racionalizadora, preocupava-se com a contenção dos gastos e projetava substituir o sistema de pagamento de gastos médicos, que remunerava atos isolados, por um sistema que remunerava por procedimentos agregados, as AIHs. A segunda, referia-se à eficácia técnica e a terceira apontava para uma maior racionalidade na rede assistencial (ESCOREL, NASCIMENTO E EDLER, 2005).

---

<sup>24</sup> Cabe resgatar que a idéia da descentralização já estava presente na III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963.

Giovanella e Mendonça (2008) destacam que para alguns analistas desse período, o Plano CONASP rompeu a tendência altamente centralizadora na formulação de políticas ao abrir espaços para experiências localizadas, com destaque para o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que consistia em uma proposta de organização de serviços básicos nos municípios a partir de convênios entre as três esferas de governo.

A partir desse plano foi implementada a política de Ações integradas de Saúde (AIS), cujo objetivo era alcançar níveis de articulação institucional que viabilizassem ações mais eficientes e eficazes (NORONHA E LEVCOVITZ, 1994). Para Cordeiro (1991), as AIS demarcaram o início de um processo de coordenação interinstitucional e de gestão colegiada, através da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN).

Apesar de todos os problemas em sua implementação, para Escorel, Nascimento e Edler (2005), as AIS significaram avanços consistentes no fortalecimento da rede básica ambulatorial, na contratação de recursos humanos, na articulação com os serviços públicos municipais, na revisão do papel dos serviços privados e, em alguns casos, na participação da população na gestão dos serviços. Além disso, Giovanella e Mendonça (2008) também afirmam que as AIS estimularam a integração das instituições de atenção à saúde (MS, INAMPS, SES e SMS).

Outro aspecto importante nesse contexto foi o lançamento de dois programas estratégicos para consolidação da rede de serviços básicos de saúde: Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC). De acordo com Fausto (2005), as discussões que geraram a reformulação desses programas estabeleceram o início de uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política vigente no Ministério da Saúde e os programas verticais, e passaram a incorporar princípios e diretrizes como a descentralização, hierarquização, regionalização dos serviços, assim como a integralidade e equidade da atenção.

Em 1985 tem-se a “transição democrática”, representada pela eleição indireta de Tancredo Neves<sup>25</sup> e o início da Nova República. Para Carvalho (1999), o advento da Nova República representou a derrota da solução ortodoxa privatista para a crise da Previdência e o predomínio de uma visão publicista, comprometida com a reforma sanitária. É a partir de então que a estratégia das AIS vai ganhar expressão nacional (NORONHA E LEVCOVITZ, 1994).

---

<sup>25</sup> O parlamentar civil Tancredo Neves faleceu antes de tomar posse. Quem conduzirá o país nessa fase de redemocratização, chamada Nova República, é o vice-presidente José Sarney (ESCOREL, NASCIMENTO E EDLER, 2005).

A implementação das AIS propiciou a expansão da rede básica de saúde no setor público. No entanto, o tema da atenção primária não teve destaque no debate setorial no país (FAUSTO, 2005). A autora chama atenção para o fato de que os esforços de construção da agenda de reforma sanitária estavam concentrados na garantia de uma proposta mais ampla que também contemplava a atenção básica, mas não como questão central para a reformulação do sistema de saúde.

Embora o tema não estivesse fortemente presente na agenda do movimento reformista, houve, sem dúvidas, expansão das ações de atenção básica no período. Paralelamente, os Centros e Postos de Saúde passaram a ser privilegiados como estabelecimentos sanitários destinados a prestar serviços básicos à população, agora não só em atividades de prevenção e realização de exames periódicos, mas também assistência nas áreas básicas: clínica, pediatria e gineco-obstetrícia (CAMPOS, 2006).

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986 - considerada um marco no processo da reforma sanitária brasileira - foram pactuados e legitimados os princípios e diretrizes norteadores do Sistema Único de Saúde, que posteriormente seriam definidos na Constituição de 1988 e nas leis orgânicas da saúde.

Em 1987 o presidente da república cria o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que tinha como princípios básicos a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária. O SUDS tinha a pretensão de garantir a viabilidade de direcionar os recursos federais para os municípios; num primeiro momento envolvia os estados, mas apontava, a médio prazo, em direção aos municípios (NORONHA E LEVCOVITZ, 1994; ESCOREL, NASCIMENTO E EDLER, 2005).

É durante o processo de implementação da proposta do SUDS que se travam na Assembléia Constituinte os debates em torno da elaboração do capítulo da Saúde na nova Constituição (NORONHA E LEVCOVITZ, 1994). Denominada “Constituição cidadã”, a oitava constituição do Brasil foi promulgada em 1988 e representou um marco na história da saúde pública brasileira, ao introduzir a noção de saúde como direito social.

Além da contribuição para criação do SUS, a reforma sanitária brasileira possibilitou a reflexão sobre os conceitos de saúde, cidadania e direito. O movimento reformista traz uma concepção ampliada de saúde e seus determinantes. Entende-se que saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, visto que tais fenômenos são determinados social e historicamente (PAIM, 1997). A noção de saúde expressa na constituição compreende a saúde como direito fundamental de

cidadania e dever do Estado, garantido mediante políticas sócio-econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, o que implica em um sistema nacional de saúde de caráter universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1998).

O ano seguinte à promulgação da Constituição, 1989, é marcado pelas negociações em torno da lei complementar que daria bases operacionais à reforma (SCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005). Outro aspecto importante destacado pelos autores é que nesse ano foi realizada a primeira eleição direta para presidente da república, sendo eleito o candidato que reunia as forças conservadoras, Fernando Collor de Mello. Embora os reformistas tenham participado ativamente da formulação da Lei Orgânica da Saúde, esta sofreu uma grande quantidade de vetos.

Nessa conjuntura emerge o Sistema Único de Saúde. Ainda que na prática enfrente numerosos obstáculos para sua efetivação, como veremos a seguir, é inegável o avanço alcançado por este novo modelo.

### ***A implementação do Sistema Único de Saúde na década de 1990***

A criação de um Sistema Único de Saúde, coordenado no nível federal por um único Ministério, especialmente concebido para este fim, unificando a condução da política nacional de saúde, foi uma das propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

No que diz respeito às responsabilidades de cada ente federativo nesse sistema, sumariamente, o nível federal seria responsável pela formulação e condução da política nacional de saúde; o nível estadual, pela gestão, planejamento, coordenação, controle e avaliação da política nacional de saúde na unidade federativa, que inclui a elaboração do plano diretor de saúde da UF e prestação de serviços de saúde de abrangência estadual e regional; o nível municipal teria seu papel definido de acordo com as características e peculiaridades de cada caso, com estreita coordenação com o nível estadual e como diretriz básica, sua responsabilidade mínima seria a gestão dos serviços básicos de saúde (BRASIL, 1986).

Os preceitos acordados por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram consagrados na Constituição Federal de 1988, no capítulo sobre a Seguridade Social, e detalhados nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142, ambas de 1990, que tratam da

organização dos serviços, da participação comunitária e financiamento do sistema, respectivamente.

A unificação institucional, outra importante proposta emanada da 8ª Conferência, ocorreu em 1990, após a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde, e representou, como assinala Machado (2007b), “*o surgimento de um nova autoridade sanitária nacional, que pela primeira vez na história brasileira, tem a responsabilidade de comando único sobre a política de saúde no âmbito federal*” (MACHADO, 2007b, p. 213).

É então no início dos anos 1990 que começa a implantação do SUS. Cabe ressaltar que a Reforma Sanitária configurou uma ruptura pioneira no padrão de intervenção estatal no campo social, e tornou a saúde a primeira política social universal no Brasil. Ao introduzir a noção de direito social e instituir um sistema de saúde de acesso universal e igualitário, rompe-se definitivamente com o modelo corporativista dos anos 1930, do benefício como privilégio.

A criação do SUS significou a inclusão de milhares de brasileiros às ações de saúde. A universalização, consagrada como princípio constitucional, assumiu caráter redistributivo, ou seja, incluiu os grupos sociais que não contribuem, ao menos diretamente, para o sistema (FAVERET E OLIVEIRA, 1990). Entretanto, esses autores chamam atenção para o fato de a universalização no sistema de saúde brasileiro não ter assumido a função de incluir efetivamente todos os segmentos sociais, mas garantir o atendimento aos setores de menor poder aquisitivo e que resistem aos mecanismos e racionamento, excluindo para o subsistema privado os segmentos médios em diante, o que os autores denominaram de “universalização excludente”<sup>26</sup>.

Faz-se necessário salientar algumas das características que marcam a década de 1990 e que representaram obstáculos e limitações ao processo de implantação do SUS neste contexto. Sallum Jr (2004) afirma que a política brasileira no período é marcada pela combinação entre democratização e liberação econômica, levando a mudanças expressivas no padrão de atuação do Estado. Machado (2007a) complementa que isso interferiu nas possibilidades de concretização de uma série de diretrizes constitucionais. A autora destaca ainda que no

---

<sup>26</sup> Faveret e Oliveira (1990) exploram detalhadamente a tese da universalização excludente na medida em que fundamentam a justificativa deste padrão de exclusão expondo argumentos sobre o financiamento na área da saúde e a relação sistemática entre o mercado e o Estado, as medidas de racionamento e a questão da participação social. Cabe ressaltar, no entanto, que embora o sistema de saúde brasileiro esteja distante do seu modelo inspirador - o sistema nacional de saúde inglês -, este não pode ser igualado ao modelo americano, que é focalizado; embora tenha problemas inegáveis, o SUS representou um grande avanço, pois possibilitou a inclusão social de milhares de brasileiros.

Governo Collor observa-se uma estratégia agressiva de reforma administrativa, com desmonte de estruturas, dispensa de funcionários e descentralização sob condições inadequadas.

Levcovitz, Lima e Machado (2001) apontam algumas variáveis estruturais que impuseram desafios à implementação do SUS: a marcante desigualdade social no país, as características do federalismo brasileiro e a persistência de traços do modelo médico assistencial privatista. Os autores também acrescentam a repercussão no Brasil da onda conservadora de reformas no plano político e social em vários países a partir da década de 1980, norteadas pelo fortalecimento das idéias neoliberais sobre a crise dos Estados nacionais.

Segundo Fausto (2005), ao longo dos anos 1990 se configuram dois momentos distintos em relação às políticas de saúde. No primeiro momento, durante o governo Collor, verifica-se a redução dos investimentos no setor e a tentativa de alteração dos caminhos da reforma, com a clara intenção de reduzir a atuação do Estado, utilizando-se a estratégia de mercado. No segundo momento, durante o governo Fernando Henrique Cardoso, buscou-se fortalecer a proposta do SUS mediante a introdução de mecanismos de regulação que retomam e expandem o processo de descentralização e municipalização da saúde iniciado no período anterior, mas ao mesmo tempo reforçam o centralismo da política na condução do processo.

A luta pela consolidação do SUS nos anos 1990 expressou as contradições das diferentes agendas vigentes neste contexto: a agenda de Reforma Sanitária brasileira, que defendia a reestruturação da política de saúde, a partir de uma lógica de proteção social abrangente, e a agenda hegemônica de Reforma do Estado, que impunha restrições à noção de seguridade social (MACHADO, 2007a).

Outro aspecto importante a partir da implementação do SUS foi o avanço do processo de descentralização do setor saúde no Brasil. Bodstein (2002, p. 402) assinala que a esfera municipal, ainda que de modo lento, gradual e negociado, torna-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país, e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde. Um dos desafios colocados por este processo é a questão da heterogeneidade dos municípios brasileiros no que diz respeito às desigualdades sociais, regionais e capacidade de gestão do sistema.

O processo de descentralização no SUS foi orientado pela edição das Normas Operacionais Básicas – NOBs<sup>27</sup>. De acordo com Levcovitz, Lima e Machado (2001), a

---

<sup>27</sup> Para mais detalhes ver Levcovitz, Lima e Machado (2001) que realizaram uma excelente análise sobre as dificuldades e os avanços da implementação do SUS nos anos 90 e o papel das NOBs neste contexto.

descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com as idéias neoliberais fortalecidas nos anos 1990, o que favoreceu o avanço do processo.

Nos anos 1990 foram editadas três NOBs: NOB SUS 01/91; NOB SUS 01/93; NOB SUS 01/96. As NOBs são portarias do ministro da saúde, de caráter transitório, ou seja, podem ser reeditadas e substituídas por outra à medida que o processo de descentralização avança, o que reforça o poder de regulamentação da direção nacional do SUS. Nelas são abordados aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores, e critérios de transferências de recursos federais para estados e municípios. Embora tratem de aspectos fundamentais, outras variáveis relevantes para a consolidação do SUS não constituem objeto específico de regulação pelas NOBs, tais como a questão das fontes de financiamento do sistema e das relações público-privadas na saúde, assinalam os autores (LEVCOVITZ, LIMA E MACHADO, 2001).

Faz-se necessário tecer breves comentários referentes ao conteúdo normativo de duas dessas NOBs: as NOBs 93 e 96. Influenciada pelos relatórios produzidos na IX Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central foi “Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho”, a NOB 93 teve um papel fundamental no fortalecimento da municipalização. Destaca-se o estabelecimento de condições de gestão crescentes - incipiente, parcial e semiplena -, que incentiva o aprendizado institucional e constitui um importante instrumento para a melhoria da qualidade da gestão pública (VIANA, LIMA E OLIVEIRA, 2002).

Já a NOB 96 teve como principais objetivos: promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com respectiva redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União; caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor na prestação de ações e serviços ou na garantia da referência; reorganizar o modelo assistencial; fortalecer a gestão do SUS e estabelecer vínculo entre o cidadão e o SUS.

A edição dessa NOB e de um conjunto de portarias subseqüentes<sup>28</sup> que alteraram a lógica de transferência de recursos do governo federal para a atenção básica ao instituírem o Piso de Atenção Básica<sup>29</sup>, com uma parte fixa e outra variável, expressaram a ênfase do governo federal na reorganização do modelo de atenção à saúde, a partir da atenção básica. Evidenciou-se como estratégia principal, a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

---

<sup>28</sup> Carvalho (2001) se refere a este conjunto de portarias como “NOB 98”, dado o impacto e as profundas alterações geradas, com repercussões na organização e funcionamento do SUS.

<sup>29</sup> Inicialmente o PAB fora denominado Piso Assistencial Básico.

Anteriormente os critérios de distribuição de recursos para o financiamento das ações de atenção básica em saúde eram centrados na produção de serviços, privilegiando assim os municípios com maior capacidade de oferta instalada. Esse cenário é modificado com a adoção do PAB, que institui o financiamento *per capita*.

O componente fixo do PAB consiste em valor *per capita* nacional, inicialmente estipulado em R\$10<sup>30</sup>, destinado ao custeio das ações básicas de saúde, transferido pela União aos municípios. Já a parte variável refere-se a incentivos específicos atrelados à implantação de determinados programas recomendados pelo Ministério da Saúde. Esses valores seriam passados pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, por meio de transferências intergovernamentais diretas na modalidade “fundo a fundo”.

Em que pese o baixo valor *per capita* de transferência do PAB total, Viana, Lima e Oliveira (2002) chamam atenção para o impacto do binômio PAB fixo/variável, que representou a descentralização dos recursos, homogeneizando a presença da esfera federal e impulsionou a reorganização da atenção básica. No que se refere ao papel de regulação da descentralização instituído pela NOB 96, as autoras destacam que essa Norma acabou por fortalecer o papel dos estados, entretanto, sem a face da regionalização e sem recursos/incentivos financeiros adequados para que as instâncias estaduais exercessem suas novas funções.

Segundo Lima (2007), considerando-se somente as transferências federais do SUS, os recursos do PAB fixo e variável são as fontes de receitas exclusivas da saúde mais importantes para a maior parte dos municípios brasileiros, respondendo por cerca de 83% do total das receitas municipais *per capita* adquiridas através de transferências automáticas do Fundo Nacional de Saúde em 2002. Dentre as principais mudanças geradas a partir da implementação do PAB fixo, Souza et al (2000) salientam o incremento do volume de recursos destinados à atenção básica e a redistribuição dos recursos federais de saúde para as diferentes regiões da federação.

No início dos anos 2000 é publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS 01/2001, cuja principal temática abordada é a estratégia de regionalização. Esta normativa reafirma o papel prioritário da atenção básica na organização do sistema de saúde, em articulação com os demais serviços da rede, de forma a garantir o princípio da integralidade. Souza e Sampaio (2002) ressaltam que o processo de discussão e implantação da NOAS propiciou um importante momento de reflexão e avaliação da atenção básica e

---

<sup>30</sup> Os reajustes sofridos pelo PAB são detalhados no Capítulo 4.

também gerou a mobilização de estados e municípios a fim de alcançarem os indicadores propostos.

Um dos grandes desafios ao processo de implantação do Sistema Único de Saúde, de fato, tem sido a questão do financiamento. Com o aumento gradativo das transferências da União aos estados e municípios na década de 1990, observou-se também uma retração no aporte de recursos financeiros por parte de algumas unidades federadas, em especial na esfera estadual (TEIXEIRA E TEIXEIRA, 2003). Esse contexto, segundo os autores, propiciou a formulação de propostas de alteração do texto constitucional, com o objetivo de salvaguardar a área da saúde contra a volatilidade de suas fontes de financiamento. Uma destas propostas, a Emenda Constitucional nº29 (EC 29), foi aprovada após intensas negociações no âmbito do Congresso Nacional.

A Emenda define um percentual das receitas próprias a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde: no mínimo 12% para estados e 15% para municípios. No caso do Distrito Federal, o mínimo de 12% incide sobre a base de tributos de competência estadual e aplicam-se 15% ao somatório de tributos de competência municipal (LIMA, 2007). Para a União, o percentual definido foi estabelecido a partir do valor empenhado no ano anterior, 1999, acrescido de 5% e, nos anos subsequentes, corrigido de acordo com a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Na avaliação de Machado (2007a), mesmo com a aprovação da EC 29 a situação de vulnerabilidade do Ministério da Saúde em face do modelo econômico adverso e das posições do Ministério da Fazenda não foi solucionada, persistindo problemas no âmbito das fontes de financiamento e da regularidade de recursos.

É importante ressaltar que embora apresente inúmeros problemas e desafios, o sistema de saúde brasileiro se diferencia da maioria dos países da América Latina, cujos sistemas de saúde, na mesma década, sofreram ajustes visando a contenção de gastos públicos, a implantação de políticas focalizadas e a expansão de mecanismos de mercado, expressões da influência liberal e da pressão de agências internacionais na região (MACHADO, 2006).

### ***A atenção primária à saúde no SUS***

Na década de 1990, o processo de implantação do SUS caminhou *pari passu* à adoção de uma série de medidas governamentais voltadas para o fortalecimento da atenção básica de saúde (ESCOREL et al, 2007). Nesse momento, a APS passou a ter visibilidade na política

nacional de saúde, a partir do início da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1993/1994 (FAUSTO, 2005).

Anteriormente ao PSF, houve a implantação, em nível nacional, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, criado em 1991 a partir de experiências locais de práticas com agentes comunitários de saúde. O PSF foi concebido a partir de uma reunião convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde, à época, Dr. Henrique Santillo, como resposta do Ministério da Saúde às reivindicações de secretários municipais de saúde, que queriam apoio financeiro para efetuar mudanças na forma de operação da rede básica de saúde. Participaram desta reunião técnicos federais, de secretarias estaduais, secretários municipais de saúde, consultores internacionais e especialistas em atenção primária, que colaboraram para a formulação do primeiro documento do PSF. A concepção do programa, segundo este documento, visa torná-lo instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, cuja implantação deveria ocorrer, prioritariamente, nas áreas de risco (VIANA E DAL POZ, 1998).

As mudanças geradas pelo PSF desde sua criação, que envolvem não só o modelo de atenção, mas a organização do sistema de saúde e a modalidade de alocação dos recursos, fazem com que este programa se constitua, como apontam Viana e Dal Poz (1998), em uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil.

Em termos normativos, a APS ganhou destaque na política nacional de saúde a partir da edição da NOB 96. O Ministério da Saúde adota o PSF como a estratégia prioritária para o fortalecimento das ações de atenção básica no SUS, e este passa a ser um dos pontos dominantes das diretrizes normativas federais a partir de 1995/1996.

Em um país federativo e desigual como o Brasil, o Ministério da Saúde desempenha importante papel no que tange à construção e consolidação do Sistema Único de Saúde, como aponta o trabalho de Machado (2007a). Marques e Mendes (2002) ressaltam que, dada a importância dos recursos federais no financiamento do SUS, entende-se que o Ministério da Saúde foi a instância que mais influenciou na determinação da política nos últimos anos, principalmente quando constrangimentos econômicos e financeiros se fizeram mais presentes.

O PSF consagrou-se como a principal estratégia de atenção básica no âmbito federal. Sua rápida expansão, sob forte indução do Ministério da Saúde, evidenciou problemas e desafios ainda não equacionados, na medida em que este modelo de atenção, pautado pela integralidade, exige recursos apropriados, profissionais capacitados e um sistema organizado de referências para diversos níveis de complexidade (MACHADO, 2006). Nesse sentido, é fundamental investir nas condições necessárias para que o PSF seja uma prática

transformadora como se propõe. Do contrário, alerta a autora, corre-se o risco de confundir a adoção deste programa com uma estratégia de medicina simplificada para populações carentes.

Dada a importância do PSF na política nacional de atenção básica, a seguir será descrito de forma detalhada o histórico da implantação<sup>31</sup> desse programa no Brasil até o final de 2002 e em seguida serão discutidos os principais desafios do PSF ao final da década expandida, a partir da análise de estudos de implementação.

### ***O histórico do PSF***

#### *PACS: o precursor do PSF (1991-1993)*

A origem do PSF está diretamente relacionada à formulação pelo Ministério da Saúde, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, vinculado à Fundação Nacional de Saúde. A criação do PACS representou a institucionalização de experiências locais de práticas com agentes comunitários que já vinham sendo desenvolvidas de forma isolada e focalizada em diversas regiões do Brasil (VIANA E DAL POZ, 1998). Souza (2002) assinala que embora as diversas e diferentes experiências no país - a exemplo dos estados de Pernambuco, São Paulo e Mato Grosso do Sul - tenham influenciado o PACS, o modelo desenvolvido no Ceará foi o que mais contribuiu para o desenho da execução do programa em nível nacional.

O principal objetivo da criação desse programa era contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão da cobertura de serviços de saúde para as áreas mais pobres. Além disso, a implementação do PACS teve caráter emergencial (combate e controle da epidemia de cólera) e visou dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Nesse momento as Secretarias Estaduais de Saúde tiveram atuação relevante, desde a definição do perfil necessário ao agente comunitário (ter no mínimo 18 anos, saber ler e escrever, ter capacidade de liderança e morar na comunidade há pelo menos dois anos), até a difusão dos princípios do programa nos municípios (SOUZA, 2002).

Com base em Viana e Dal Poz (1998) pode-se afirmar que o PACS é o precursor do PSF, pois com a criação desse programa, introduzem-se novos conceitos relacionados ao

---

<sup>31</sup> A construção do histórico do PSF exposta neste trabalho está pautada na revisão da literatura, porém a estruturação apresentada está baseada principalmente nos trabalhos de Heimann e Mendonça (2005) e Machado (2007a).

modelo assistencial que foram centrais para a construção do PSF, tais como o enfoque familiar; a visão ativa de intervenção e não atendimento somente de demanda espontânea; integração com a comunidade e o enfoque menos reducionista e multidisciplinar. Os autores ressaltam ainda que o PACS não se constituiu em apenas mais um programa vertical do ministério, foi também um braço auxiliar na implementação do Sistema Único de Saúde e na organização dos sistemas locais de saúde. Ou seja, foi um instrumento de (re) organização do SUS, à medida em que exigia alguns requisitos para que o município pudesse estabelecer o convênio com a FUNASA, tais como o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, a existência de uma unidade básica de referência do programa, o Fundo Municipal de Saúde e a disponibilidade de um profissional de nível superior – enfermeiro – na supervisão dos agentes comunitários.

A expansão do PACS se dá sob tensão, em um contexto desfavorável, pois não havia consenso sobre a efetividade do programa. De acordo com Fausto (2005), discutia-se à época os aspectos de focalização e a aproximação com a chamada medicina simplificada, assim como o risco intrínseco de uso eleitoreiro e de “partidarização” do programa. Além disso, havia o reconhecimento da “crise do modelo assistencial” que precisava ser enfrentada para a consolidação do SUS e, portanto, era necessário romper com o modelo de atenção tradicional e historicamente hegemônico no país, centrado na doença, que privilegiava uma medicina de alto custo, exercida de forma verticalizada, cujo acesso era restrito a parte da população (SOUZA, 2002). A autora ressalta que o reconhecimento da crise desse modelo suscitou a necessidade emergente de se adotar uma estratégia estruturada, integrada ao Sistema Municipal de Saúde, que incluísse e incorporasse recursos humanos e tecnologias nas práticas de assistência propostas. Nesse contexto, surge o Programa de Saúde da Família.

#### *Formulação e implantação do PSF (1994)*

Ao término da reunião convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde, Dr. Henrique Santillo, realizada nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, emergiu a proposta do Programa de Saúde da Família e foi criada, na Fundação Nacional de Saúde, dentro do Departamento de Operações, a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), uma gerência que agregava três programas: o de Agentes Comunitários, o da Saúde da família e o de Interiorização do SUS (VIANA e DAL POZ, 1998).

De acordo com um dos entrevistados, a discussão no âmbito do Ministério da Saúde que gerou a formulação do PSF surgiu de forma bastante incipiente, com muita deficiência em

relação à sua operacionalização, porém com muita clareza no que diz respeito ao seu propósito de instrumento para reorganização do SUS e da municipalização, como explicitam os primeiros documentos oficiais que datam de 1994. Nesse momento não havia uma discussão mais profunda sobre a organização da atenção. O quadro a seguir sintetiza os principais aspectos referentes ao PSF definidos no documento lançado pelo Ministério da Saúde, em março de 1994, intitulado “Saúde dentro de casa”.

**Quadro 2.1 – Diretrizes e características do desenho inicial do PSF**

<b>Modelo de atenção</b>	Voltado para prevenção, promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, dirigidos aos indivíduos, às famílias e à comunidade, com atenção integral e contínua.
<b>Composição da equipe</b>	Equipe mínima composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde. Cada equipe atenderá de 800 a 1000 famílias.
<b>Regime de trabalho</b>	Dedicação exclusiva e residência na própria área de atuação.
<b>Áreas prioritárias para implantação</b>	Áreas populacionais citadas no Mapa da Fome do IPEA.
<b>Atividades do Programa</b>	Diagnóstico de saúde da comunidade; visita domiciliar; internação domiciliar; participação em grupos comunitários; atendimento nas unidades de saúde; estabelecimento de referência e contra-referência.
<b>Financiamento</b>	<p><b>Aos municípios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Através da produção (SIA/SUS);</li> <li>▪ Através do convênio com as SMS;</li> </ul> <p><b>Às Secretarias Estaduais de Saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Repasse de recursos do Ministério da Saúde às coordenações estaduais do programa para execução de atividades de planejamento, capacitação, educação continuada e supervisão de equipes do PSF.</li> </ul>
<b>Operacionalização</b>	Através da assinatura de convênios entre os estados e o Ministério da Saúde. Nos estados cujas Secretarias Estaduais não aderirem ao Programa, os municípios interessados encaminharão sua proposta de adesão à Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Fonte: BRASIL, 1994.

O modelo de atenção voltado para a proteção e promoção da saúde através da atenção integral e contínua, com enfoque na família, foi influenciado por experiências como do Programa Médico de Família, desenvolvido desde 1992 no município de Niterói (RJ), com a

inspiração do modelo cubano<sup>32</sup>; do Grupo Hospitalar Conceição (programa de formação de médicos residentes) e da Vila de São José do Murialdo, ambas em Porto Alegre (RS); e a experiência do Médico de Família da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (CANESQUI E OLIVEIRA, 2002; GOULART, 2002).

Segundo Viana e Dal Poz (1998), a criação desse programa evidenciou um novo tipo de aliança na política de saúde, com participação de novos atores: gestores locais, técnicos externos à área de saúde, tais como os técnicos do Comunidade Solidária e de organismos internacionais como o UNICEF, e associações de comunidade. A nova tríade de apoio político ao programa que se constituiu – comunidade, municípios e Ministério da Saúde – garantiu a continuidade deste e o seu fortalecimento, possibilitando neutralizar os opositores iniciais do programa: corporações profissionais, preocupadas em garantir o mercado de trabalho dos profissionais médicos e de enfermagem; a Pastoral da Saúde, que desenvolvia programas de agentes comunitários e se opôs ao cadastramento das famílias pelas unidades de saúde do programa; e alguns gestores estaduais.

Goulart (2002) chama atenção para o fato de que o quadro da saúde no momento da formulação do PSF não era, de forma alguma, favorável ao desenvolvimento de propostas novas ou inovadoras no setor. Além das características que marcam os anos 1990, já citadas anteriormente, o autor ressalta o retrocesso na questão do financiamento no governo de Fernando Collor e posteriormente Itamar Franco, a irracionalidade e a exclusão social. Na avaliação de Souza (2002), além do cenário desfavorável, não houve, concomitantemente ao início da criação do PSF, definições concretas no campo do financiamento e da política de recursos humanos, pilares básicos para o seu desenvolvimento.

Nesta etapa o PSF contou com o apoio importante do UNICEF, não só político como financeiro, sendo mais intenso até o ano de 1997(GOULART, 2002). Posteriormente, o apoio financeiro de outras agências internacionais que formulam propostas e financiam projetos na área de saúde, com destaque para o Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Banco Mundial, serão importantes para a expansão do programa (MACHADO, 2007a).

No primeiro momento a cobertura populacional do programa evoluiu muito pouco<sup>33</sup>. A expansão concentrou-se em pequenos municípios das regiões Norte e Nordeste, em áreas onde as redes públicas de atenção básica eram praticamente inexistentes (HEIMANN E

---

<sup>32</sup> O modelo de medicina familiar cubano constitui a porta de entrada do Sistema Nacional de Saúde. Dentre suas principais características destacam-se a garantia de referência para outras especialidades e para a rede hospitalar, a integração assistência – docência e a garantia de educação continuada para os profissionais de saúde (CANESQUI E OLIVEIRA, 2002).

<sup>33</sup> Segundo Machado (2007a), a cobertura ao final de 1994 era de 0,7%.

MENDONÇA, 2005). As autoras ressaltam ainda que o PSF não conseguiu se integrar ao SUS. Fausto (2005) atribui este fato à posição marginal que o programa ocupava dentro do ministério.

#### *Fusão entre PACS e PSF (1995-1997)*

Em 1995, o PACS e o PSF são considerados pelo presidente Fernando Henrique Cardoso projetos prioritários do governo federal (SOUZA, 2002). Na avaliação de Machado (2007a, p. 190), o caráter inovador e o tipo de foco do programa – a família e a comunidade – tornam-no atrativo como marco de governo, pelo seu potencial de visibilidade política, contribuindo para a sua permanência na agenda das sucessivas gestões ministeriais.

Dentre as primeiras medidas tomadas que refletiram essa decisão, tem-se a mudança de vinculação institucional do programa. A gerência do PSF, antes sob responsabilidade da FUNASA, passa para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). A cobertura populacional desses programas começa a evoluir, expandindo-se também na região Centro-Oeste e para municípios de pequeno e médio porte (HEIMANN E MENDONÇA, 2005).

A institucionalização do PSF se consolida com a elaboração da NOB-96. É nesta NOB que se tem a mais importante mudança para o fortalecimento da atenção primária nos sistemas municipais de saúde: a alteração no financiamento da atenção básica com a criação do PAB. Pelo sistema de financiamento até então vigente, o município recebia da União recursos de acordo com a produção nas unidades de saúde, por teto estipulado, que geralmente não retratava as reais necessidades de atenção da sociedade (SOUZA, 2002). Além disso, ressalta a autora, esse modelo de financiamento não estimulava as equipes de saúde da família a se dedicarem às atividades de prevenção de doenças e educação em saúde, pois o não atendimento de pacientes na unidade de saúde para realização de reuniões ou visitas domiciliares implicaria no recebimento de menos recursos da União.

A utilização do termo atenção básica para identificar o financiamento que estava sendo criado deve-se à grande resistência que havia na época ao termo atenção primária, associado aos movimentos ocorridos anteriormente na América Latina, pautados em uma visão absolutamente focalizada, impostos pelas agências de financiamento internacional<sup>34</sup>.

---

<sup>34</sup> Todos os entrevistados concordam que os termos atenção básica e atenção primária à saúde são sinônimos, entretanto reafirmam a hipótese já levantada em diversos estudos de que naquele momento não havia nenhuma concepção teórica que pudesse contrapor a atenção primária, apenas uma preocupação em reduzir a resistência que existia a este termo.

Durante 1997, o PACS foi acoplado ao PSF, enquanto o governo federal lançava o programa “O Ano da Saúde no Brasil”, que propunha resgatar as unidades básicas de saúde como porta de entrada do sistema, incentivando com o financiamento instituído pela NOB 96 a implantação desses programas (COSTA E MAEDA, 2001; MELAMED E COSTA, 2003). A expansão do PSF prossegue e nesse ano começam a ser estruturados os primeiros Pólos de Capacitação em Saúde da Família, passo importante no sentido de mobilizar as Universidades para uma formação de profissionais de saúde mais adequada às necessidades desse modelo de atenção (MACHADO, 2007a). Os Pólos foram viabilizados com recursos provenientes de um projeto mais amplo do Ministério da Saúde chamado REFORSUS<sup>35</sup>, financiado por meio de um empréstimo internacional.

O estímulo dado pela NOB 96 à implantação do PSF foi significativo, contudo, é a partir 1998, quando os municípios passaram a receber o PAB, que é possível observar crescimento expressivo do número de equipes (MARQUES e MENDES, 2002).

#### *Expansão do programa (1998 – 2002)*

Ao assumir o Ministério da Saúde, em 1998, o senador José Serra enfatiza o PSF como “estratégia estruturada para a organização do sistema de saúde”, e impõe metas ambiciosas de expansão do programa nos anos subseqüentes (SOUZA, 2002; MACHADO, 2007a). Para Goulart (2002), embora o PSF tenha sido formulado no governo Itamar Franco, sob a gestão de Henrique Santillo no Ministério da Saúde, na verdade, o programa encontrou condições de crescimento qualitativo e quantitativo no governo FHC, principalmente quando inicia a gestão Serra.

A publicação do Manual para Organização da Atenção Básica nesse mesmo ano, foi outro momento de destaque no processo de demarcação da importância deste nível de atenção para a organização dos sistemas de saúde (SOUZA e SAMPAIO, 2002). Com a publicação do Manual se iniciou a implementação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, o que acarretou, segundo Fausto (2005), dois movimentos de aglutinação importantes para o fortalecimento da atenção básica: a articulação entre as três instâncias de governo em torno de uma finalidade, ao mesmo tempo em que uniu as várias áreas programáticas que atuavam de forma segmentada dentro da SAS.

---

<sup>35</sup> O projeto REFORSUS teve como objetivos: a recuperação física, tecnológica e gerencial de estabelecimentos de saúde do país que prestem serviços ao SUS; o aprimoramento da gestão de políticas e de sistemas de saúde; a elevação do grau de responsabilidade técnica e gerencial dos órgãos gestores e prestadores de serviços (BRASIL, 2002a).

Outro aspecto importante a ser ressaltado é a criação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O SIAB é um sistema de informação territorializado de coleta de dados que permite a construção de indicadores populacionais referentes a áreas de abrangência bem delimitadas; constitui-se em uma das ferramentas de gestão e implementação de políticas e, mais especificamente, um componente importante para a avaliação da atenção básica (SOUZA E SAMPAIO, 2002; FAUSTO, 2005).

Ao longo do ano de 1999, o Ministério da Saúde diagnosticou que o sucesso da implantação do PSF em grande número de municípios encobria a baixa cobertura de suas populações, ou seja, o programa não se incorporava ao sistema como estratégia substitutiva (BRASIL, 2002b). Levcovitz e Garrido (1996) ponderam que o caráter substitutivo do programa não significa o extermínio das outras modalidades de atenção, mas sim a proposição de um novo eixo estruturante. Na opinião destes autores, em virtude das diferentes realidades locais no país, o PSF pode ser uma alternativa integral para alguns contextos e apenas como elemento de constituição parcelar em outros.

Na tentativa de reverter esse quadro, ao final de 1999, o Ministério da Saúde reajusta os valores dos repasses e introduz uma nova modalidade para o cálculo dos incentivos financeiros do PAB variável referente ao PSF, que privilegia municípios com maior cobertura populacional (BRASIL, 2002b). A mudança no financiamento gerou uma grande expansão do programa nos anos subseqüentes, entretanto, permanecia o grande desafio da ampliação de cobertura nos grandes centros urbanos e regiões metropolitanas, o que gerou uma série de estudos e a formulação de uma proposta: o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF<sup>36</sup>.

Além do gestor federal, nesse período observam-se esforços de alguns estados em incentivar os municípios a aderirem e ampliarem o número de equipes através da criação de incentivos estaduais<sup>37</sup>. Os incentivos aplicados são de diferentes naturezas: financeiros; doações de equipamentos; pagamento de recursos humanos; construção e reformas de unidades; fornecimento de material educativo (CANESQUI E OLIVEIRA, 2002).

---

<sup>36</sup> O PROESF é uma iniciativa do Ministério da Saúde baseada em um acordo de empréstimo internacional entre o governo brasileiro e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), voltada para a organização e o fortalecimento da atenção básica à saúde no país (BRASIL, 2003d). O Projeto está estruturado em 3 componentes de atuação: componente I - apoio à conversão e expansão da estratégia de Saúde da Família; componente II - desenvolvimento de recursos humanos da estratégia de Saúde da Família; componente III - monitoramento e avaliação. O primeiro componente é dirigido aos municípios acima de 100.000 habitantes, já os demais são voltados para estados e municípios, independente do porte populacional.

<sup>37</sup> Estados brasileiros que criaram incentivos à expansão do PSF: Mato Grosso do Sul; São Paulo; Mato Grosso; Amapá; Paraná; Espírito Santo; Minas Gerais; Sergipe; Tocantins; Ceará (TERRA et al, 2004).

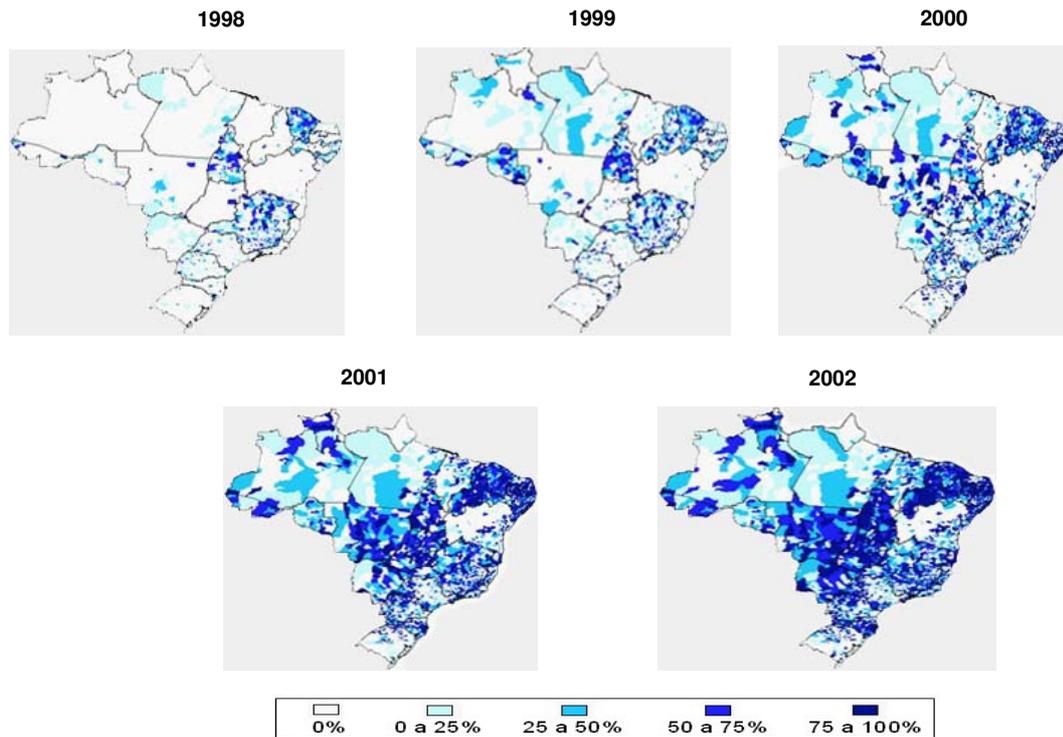
Outro fato importante ocorrido em 1999 foi a criação do Departamento de Atenção Básica (DAB), ainda na SAS. Inicialmente o DAB era composto de três coordenações: a primeira com a tarefa de acompanhar as equipes de saúde da família e o desenvolvimento das responsabilidades da atenção básica; a segunda com a tarefa de executar os projetos de qualificação do processo de trabalho da atenção básica/PSF; e a terceira com a função de acompanhar e avaliar o processo de reorganização da atenção básica, com ênfase na estratégia do PSF (SOUZA, 2002).

Em 2000 o DAB se deslocou no interior do Ministério da Saúde da Secretaria de Assistência à Saúde para a Secretaria de Políticas de Saúde - SPS (HEIMANN e MENDONÇA, 2005). Se por um lado havia a idéia de integrar o PSF aos demais programas do Ministério da Saúde, por outro vale ressaltar que nesse momento o DAB fica sob o comando de uma Secretaria e as ações de média e alta complexidade de outra.

A publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde, primeiramente em 2001 e revista em 2002, na opinião de Souza e Sampaio (2002), demonstrou claramente a prioridade da atenção básica para os gestores dos três níveis de governo e o seu importante papel para a organização dos sistemas de saúde. Heimann e Mendonça (2005) ressaltam que a NOAS buscou promover a articulação dos serviços básicos à rede de serviços de maior complexidade, apontando-os como principal porta de entrada do sistema. Essa normativa enfatiza a importância de qualificar e melhorar a resolutividade da atenção básica em todos os municípios a partir da identificação de áreas estratégicas (Saúde da mulher; Saúde da criança; Saúde bucal; Controle da hipertensão e diabetes; Controle da tuberculose; Eliminação da hanseníase).

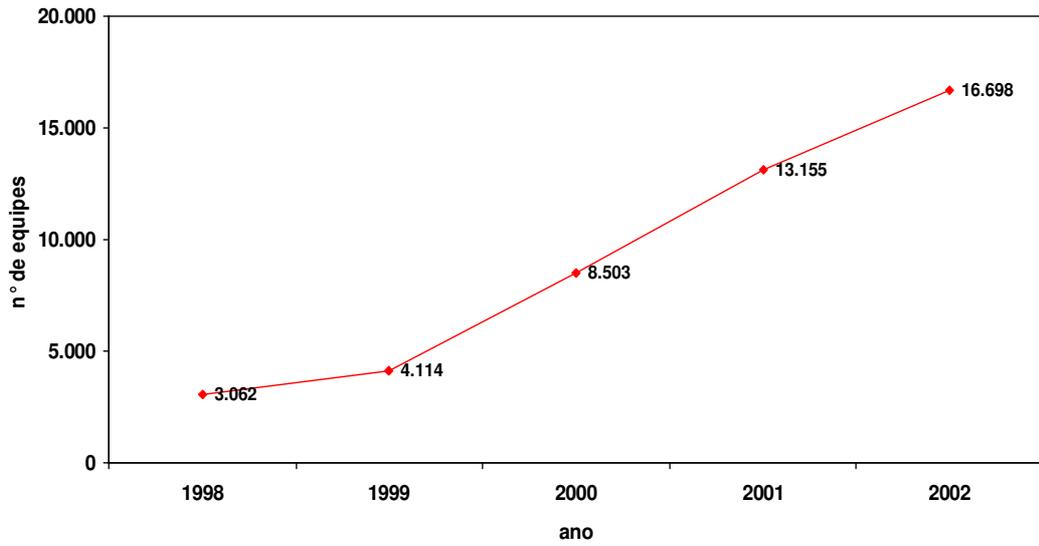
O PSF alcança ao final de 2002 níveis de cobertura nacional em torno de 30% com extensão do programa para as regiões Sul e Sudeste, visando alcançar as grandes cidades. As figuras abaixo revelam o histórico de cobertura do PSF no país entre 1998 e 2002.

**Figura 2.2 – Histórico de cobertura do PSF**



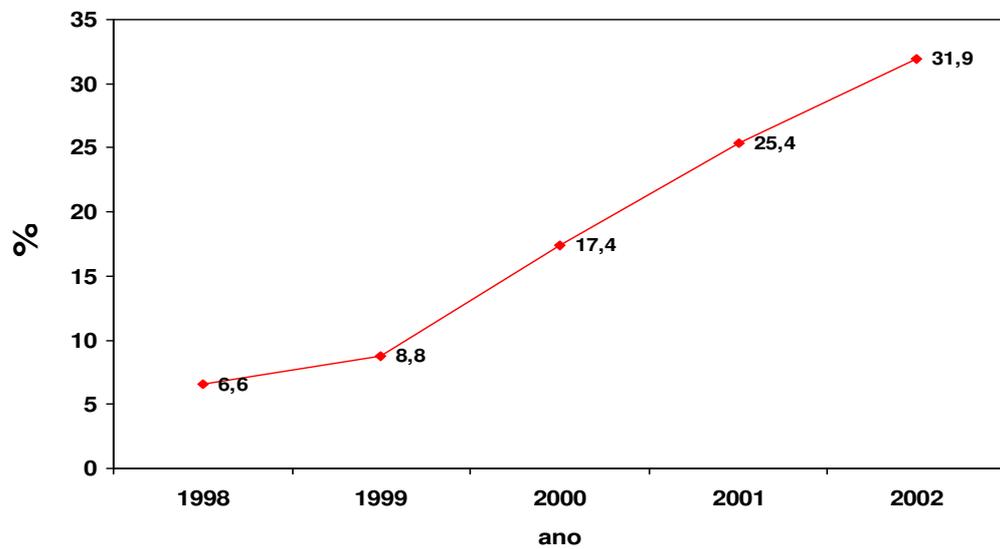
Fonte: DAB - Departamento de Atenção Básica.

**Figura 2.3 - Evolução do número de equipes implantadas de Saúde da Família. Brasil, 1998- 2002.**



Fonte: Elaboração própria a partir da página da internet do Departamento de Atenção Básica (DAB).

**Figura 2.4 - Evolução da população coberta por equipe de Saúde da Família. Brasil, 1998 a 2002.**



Fonte: Elaboração própria a partir da página da internet do Departamento de Atenção Básica (DAB).

Diversos estudos<sup>38</sup> apontam os avanços em relação aos indicadores de saúde após a implantação do PSF, tais como melhoria no acesso à assistência à saúde; no manejo de patologias crônicas; captação e acompanhamento de gestantes no pré-natal; melhorias quanto às taxas de aleitamento materno, e queda na mortalidade infantil (observados outros indicadores de desenvolvimento). No entanto, Machado (2007a) chama atenção para problemas e desafios do SUS ainda não equacionados, evidenciados a partir da expansão do PSF, tais como: a formação e inserção dos recursos humanos, o financiamento e a capacidade de gestão dos diferentes municípios brasileiros. Além disso, Souza e Sampaio (2002) destacam a existência de “diversos PSFs”, desde um programa delimitado, sem maiores interfaces com outros setores da própria secretaria de saúde, até, em outro extremo, a utilização de todo seu potencial transformador. Cabe ressaltar ainda que no curso do processo de descentralização alguns municípios construíram propostas alternativas e muito variadas em termos da organização da atenção. Para que a estratégia não seja confundida com uma atenção seletiva e restrita aos pobres, faz-se necessário produzir “cunhas” no nível secundário e pontes no nível terciário de atenção, afirma Paim (2001). Estes e outros desafios serão abordados a seguir.

### ***Desafios para o PSF ao final da década expandida: algumas evidências a partir dos estudos de implementação***

O nexos entre a produção de conhecimento e o percurso da política de saúde tem marcado a história da saúde pública brasileira (FAUSTO, 2005). Estudo sobre a trajetória da APS no Brasil nos últimos 30 anos (1970-2000) realizado por essa autora demonstrou haver um comportamento pendular tanto nos estudos produzidos sobre APS como na agenda da política de saúde.

O Programa de Saúde da Família foi uma das políticas priorizadas pelo Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002, perpassando várias gestões ministeriais (MACHADO, 2006). Neste período observou-se um aumento expressivo na produção acadêmica referente ao tema atenção primária à saúde, com ênfase no PSF. Movimento oposto ocorreu no período anterior, década de 1980, quando o tema da atenção primária não teve destaque no debate setorial no país (FAUSTO, 2005).

---

<sup>38</sup> Dentre esses estudos destacam-se Macinko, Guanais e Souza (2006); Aquino (2006), Macinko et al (2007).

Camargo Jr (2008) destaca que a estratégia de Saúde da Família tem sido objeto de considerável atenção pelos pesquisadores da área de Saúde Coletiva no Brasil e chama atenção para o fato de o próprio Ministério da Saúde ser financiador e parceiro institucional de importantes iniciativas de pesquisa e avaliação<sup>39</sup>. A vasta literatura produzida segue as diversas linhas estruturais da saúde coletiva, afirma o autor, e permite a reflexão do tema sob diferentes ângulos.

São inegáveis os avanços obtidos com a implementação do PSF, porém permanecem importantes desafios a serem superados para o efetivo fortalecimento da atenção primária à saúde no país. Dentre as questões trazidas pelos estudos na perspectiva da implantação desse programa, serão destacados os principais desafios apontados que refletem a tensão entre a ênfase normativa e a realidade dos serviços.

Como apresentado anteriormente, o PSF foi formulado com o objetivo de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e transformar o modelo de atenção à saúde até então vigente. Estes objetivos são ratificados com a publicação recente da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006c), que reafirma o PSF como estratégia prioritária para a organização da atenção básica no Brasil, de acordo com os preceitos do SUS.

É possível afirmar que nestes 15 anos de implantação do PSF houve efetivamente mudança no modelo de atenção hegemônico no SUS? Houve ampliação do acesso com garantia do princípio da integralidade? Embora sem pretensão de responder a estes questionamentos, a análise de alguns dos estudos de implementação desenvolvidos nos últimos anos possibilita a reflexão acerca dos obstáculos para efetivação desta estratégia e possíveis intervenções para superá-los.

Um primeiro grupo de desafios refere-se à implantação do PSF nos grandes centros urbanos. Primeiramente, cabe ressaltar a força da implantação do PSF nos municípios brasileiros, sob forte indução federal, em especial nos municípios de pequeno porte. Todavia, nos grandes centros urbanos a cobertura populacional do programa permanece inferior à média nacional. As dificuldades na consolidação do programa nos grandes municípios comprometem as possibilidades de mudança no modelo de atenção, dado o papel que estes municípios assumem nas redes regionais e estaduais de atenção, afirma Aquino (2006).

Caetano e Dain (2002) destacam alguns aspectos característicos das áreas urbanas no que concerne à saúde que são indicativos de empecilhos para o sucesso dessa estratégia nas

---

<sup>39</sup> Exemplos de pesquisas abrangentes coordenadas e/ou financiadas pelo MS: Avaliação Normativa do PSF no Brasil, 2004; Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) em grandes centros urbanos - 10 estudos de caso, 2002; Indicadores de monitoramento da implementação do PSF em grandes centros, 2002.

grandes cidades brasileiras. São estes: o desequilíbrio entre a oferta de serviços e as demandas de assistência; a dicotomia entre valores das corporações profissionais de saúde e as necessidades de saúde da população; o conflito entre a assistência médica tradicional e um cuidado mais integral (CAETANO E DAIN, 2002, p. 13). Ainda para estes autores, as 36 regiões metropolitanas brasileiras, que concentram cerca de 75 milhões de habitantes, configuram-se como espaços centrais para a concretização de qualquer política de saúde que se pretenda universal e equânime, como o Sistema Único de Saúde.

Em concordância com esses autores, Bousquat, Cohn e Elias (2006) afirmam que é exatamente nessas cidades onde se poderá confirmar ou não o êxito da estratégia de Saúde da Família. Em trabalho anterior os autores ressaltam as peculiaridades dos grandes centros urbanos que impõem desafios para efetivação da estratégia nestes locais: a existência de importante *mix* público-privado no setor saúde; a disponibilidade de tecnologia material moderna nos procedimentos médicos resultando em pressão no acesso aos exames e na estrutura de financiamento do setor saúde; a prevalência do padrão mercantilista de produção e consumo de serviços de saúde; a diversidade da estrutura educacional de nível universitário; a violência urbana; a dinâmica populacional pautada pela construção de espaços urbanos complexos e desiguais. Paralelamente, no que diz respeito à dinâmica metropolitana, caracterizada pela alta mobilidade populacional e integração dos municípios, o trabalho orientado pelo princípio de adscrição de clientela pode se tornar mais difícil. Na tentativa de compreender a influência dessas peculiaridades no processo de implementação do PSF nas metrópoles, muitos estudos foram produzidos no período entre 2000 e 2007, inclusive com financiamento federal.

No que concerne à universalidade de cobertura do PSF e ao acesso da população, esses estudos trazem algumas contribuições importantes para a reflexão. É fato que o Programa de Saúde da Família promove a expansão de cobertura para grupos desfavorecidos, contribuindo assim para a inclusão social. No entanto, dada a diversidade das populações em grandes centros urbanos, há estudos que apontam a necessidade de elaborar estratégias para incentivar a utilização do programa por grupos de renda mais alta, por meio da prestação de serviços de qualidade (BRASIL, 2002b). Em relação ao acesso, o horário de funcionamento das Unidades de Saúde da Família - USF (horário administrativo e em dias úteis) restringe o acesso aos trabalhadores, o que não ocorre nos serviços de emergência. Nesse sentido, recomenda-se o funcionamento da USF em horários que possibilitem o acesso dos trabalhadores e a realização de coleta de material para exames de patologia clínica nas USFs (BRASIL, 2002b; BARROS, 2007).

Um segundo grupo de desafios diz respeito à mudança do modelo assistencial - o principal objetivo do PSF - e sua inserção na rede de serviços do SUS. O modelo de atenção integral proposto pelo PSF articula saberes clínicos e epidemiológicos, portanto, intervenções individuais e coletivas, e envolve acolhimento, vínculo e responsabilização pela condução da proposta terapêutica<sup>40</sup>.

De acordo com Camargo Jr et al (2008), o acolhimento é um dos dispositivos disparadores de reflexão e mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde e pode ser pensado em três dimensões: como postura, como técnica e como princípio de reorientação de serviços<sup>41</sup>. Já na reflexão sobre vínculo, esses autores apontam também três dimensões: como afetividade, como relação terapêutica e como continuidade<sup>42</sup>.

Campos (2003) reconhece que o processo de formação de vínculo não é fácil, contudo afirma que a condição básica para a construção deste está, pois, na capacidade de a equipe responsabilizar-se pela atenção integral à saúde dos que vivem em um dado território e na capacidade de destacar de dentro desse território as famílias e pessoas com maior vulnerabilidade.

Barros (2007), em pesquisa que buscou compreender o porquê da população de um município com 100% de cobertura pelo Saúde da Família ainda optar por atendimento no serviço de emergência, constatou que a assistência efetuada no âmbito da Unidade de Saúde da Família não promove suficientemente o acolhimento, o vínculo e a responsabilização com os usuários. De acordo com a autora, se não houver uma mudança na forma de produzir a assistência nas USFs, não haverá uma redução da demanda de atendimentos ambulatoriais na emergência hospitalar e nem uma produção de cuidado com qualidade e resolutividade.

Souza et al (2008) ao analisarem a percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre acolhimento na atenção básica em três capitais do Nordeste brasileiro concluem que, embora os profissionais reconheçam seu potencial de ampliação do vínculo, o acolhimento como diretriz operacional do trabalho em saúde ainda é um processo em construção, variando sua concepção, nível de inserção e estratégias de reorganização cotidianas.

---

<sup>40</sup> Uma reflexão mais profunda sobre modelo de atenção, vínculo e acolhimento foge ao escopo deste trabalho, porém alguns conceitos adotados por autores nacionais foram citados com intuito de enriquecer a discussão.

<sup>41</sup> Como postura, pressupõe a atitude por parte dos profissionais e da equipe de saúde de receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas demandas. Já como técnica, instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas. Por último, como organização dos serviços, o acolhimento representa um projeto institucional que deve nortear todo o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe (CAMARGO JR et al, 2008).

<sup>42</sup> Para Camargo Jr et al (2008), na primeira dimensão o profissional deve ter um investimento afetivo positivo, construindo assim um vínculo firme e estável. A idéia de vínculo como uma relação terapêutica está relacionada com o ato de atenção. Finalmente, a continuidade é um fator importante de fortalecimento do vínculo e do mútuo conhecimento/confiança entre profissionais e paciente, concluem os autores.

Os resultados dos estudos supracitados mostram que permanece o desafio da clínica na atenção prestada no âmbito do PSF, clínica esta que supere a clínica tradicional e considere os princípios norteadores do programa. Para Campos (2008) houve uma valorização da prevenção em detrimento da dimensão clínica na atenção básica brasileira. Em trabalho anterior, Campos (2003) sugere a prática de uma clínica ampliada (clínica do sujeito), que significa a inclusão do sujeito e seu contexto como objeto de conhecimento e de intervenção da clínica, não apenas a enfermidade. De acordo com o autor, essa ampliação da clínica somente será possível caso ocorra um a reorganização do conhecimento, um amplo processo de capacitação para que as equipes se apropriem de técnicas pedagógicas e estratégias para lidar com a subjetividade e, ainda, uma reorganização dos modos como se trabalha, de forma que permita a construção de razoáveis padrões de vínculo.

Outra questão que permanece como um nó crítico a ser equacionado é a garantia da integralidade (SCOREL et al, 2007). O apoio diagnóstico e a referência para atenção especializada são insuficientes para garantir a resolubilidade e continuidade da atenção às populações assistidas pelo programa (BRASIL, 2004c; SCOREL et al, 2007). Para Aquino (2006), dentre os fatores que justificam tal situação está a dificuldade de inserção do programa em complexos sistemas de saúde municipais – característicos dos grandes centros urbanos -, que apresentam vários modelos assistenciais concomitantes, muitas vezes desarticulados e com hegemonia hospitalar e do setor privado de prestação de serviços. Uma pesquisa que avaliou a implementação do PSF em dez centros urbanos (BRASIL, 2002b) sugere para o enfrentamento de tal problema algumas medidas visando a criação e/ou fortalecimento de mecanismos de integração da rede municipal de serviços de saúde, tais como: estruturar centrais informatizadas de marcação de ações especializadas e de regulação de internações; estabelecer protocolos de atenção; estimular os especialistas a realizar a contra-referência para as equipes de Saúde da Família (ESF), ampliando a comunicação entre ESF e serviços de referência.

Um terceiro grupo de desafios concerne às condições de trabalho no âmbito do PSF. Em relação à disponibilidade de equipamentos para realização de um bom atendimento, fator também relacionado à garantia da integralidade da assistência, os resultados da avaliação normativa realizada em 2004 (BRASIL, 2004c) foram alarmantes. A pesquisa revelou que em quase 20% das equipes, os equipamentos mais básicos (tensiômetro, estetoscópio, termômetro, balança infantil e balança de adulto) não estavam disponíveis, problema que foi mais evidenciado em alguns estados das Regiões Norte e Nordeste. Os demais equipamentos, indispensáveis para a realização de um adequado exame físico (oftalmoscópio, otoscópio,

lanterna e equipamentos gineco-obstétricos e glicosímetro), tinham sua disponibilidade muito aquém da desejada, face às expectativas de resolubilidade das equipes de saúde da família. Se para as atividades inerentes a uma equipe de saúde as estruturas são precárias, o que dizer do aparato material e institucional para o enfrentamento de outras questões que o PSF se propõe a enfrentar, tais como problemas sociais e ambientais das comunidades assistidas?

Uma última perspectiva de análise diz respeito à gestão e formação de recursos humanos. Os obstáculos são diversos e englobam desde a formação até a inserção dos profissionais nas equipes de saúde. Na opinião de Campos e Belisário (2001), entre os distintos problemas que afloram com a implantação do PSF nenhum é mais grave que a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos para atender a esta nova necessidade. Segundo os autores, os profissionais são ainda preparados dentro de uma concepção que privilegia a abordagem individual, curativa e hospitalocêntrica. Romano (2008) ao abordar os impasses da atuação dos médicos no contexto do PSF conclui que a tensão entre uma formação que privilegia a perspectiva biomédica e a prática que demanda maior atenção às dimensões sociais e intersubjetivas aponta para uma identidade simultaneamente em crise e em construção, com o duplo signo de uma política institucional que encontra dificuldades para a implementação efetiva. Este problema acomete não só a categoria médica, mas todas as categorias profissionais inseridas na ESF. Faz-se necessário, portanto, mudanças culturais e no aparato formador, para que uma prática que não tem tradição nem nas corporações profissionais nem diante da população venha a legitimar-se, assinala Conill (2008).

Nesse sentido, aprimorar o processo de capacitação dos profissionais para suas novas funções é outro desafio a ser enfrentado, afirmam Escorel et al (2007), garantindo que todos que atuam na estratégia realizem treinamentos que superem a fragmentação programática dos conhecimentos, articulando aspectos técnico-científicos mais gerais com a especificidade dos condicionantes locais e com estratégias de humanização do atendimento.

Ainda em relação à capacitação, Goulart (2002) destaca a questão das “ausências notáveis” na cooperação técnica aos municípios, no caso das instituições de ensino superior na área da saúde e das Secretarias de Saúde estaduais. Para o autor são questões perturbadoras sobre o desenvolvimento do sistema de saúde e do PSF em particular, que exigem maior atenção das autoridades da área educacional e do SUS.

No que tange à inserção dos profissionais das equipes de saúde, Machado (2007a) ressalta que a expansão do PACS/PSF ocorre em um contexto de constrangimentos para o

aumento de gastos com pessoal pelos governos, face às imposições de leis federais<sup>43</sup>, levando a formas de contratação de profissionais diversificadas, algumas vezes sem vínculos trabalhistas estáveis. Pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCON) em 2006, sobre a precarização e a qualidade do emprego no PSF trouxe resultados preocupantes em relação às novas realidades laborativas.

Um dos aspectos abordado pela pesquisa diz respeito às formas de recrutamento dos profissionais<sup>44</sup> do PSF no Brasil. A pesquisa aponta o predomínio da modalidade livre contratação em todas as categorias profissionais, sendo a maior prevalência entre as categorias de nível superior. Este achado já havia sido registrado em pesquisa anterior realizada pelo Ministério da Saúde em 2004 (BRASIL, 2004c). Dentre os agentes contratantes não públicos foram identificados: entidades filantrópicas, OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público), cooperativa, outro terceiro setor e empresas privadas. As modalidades de contratação foram: estatutário, regime de CLT, contrato temporário, prestador de serviço/autônomo/ pessoa física. A pesquisa chama atenção para a ausência ou nulidade jurídica de contrato entre as partes e a ausência dos direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, cuja responsabilidade do custeio é transferida para o contratado em grande parte desses arranjos. Escorel et al (2007) alertam para o fato de que a inserção desses profissionais por meio de contratos e vínculos precários pode afetar a sustentabilidade do programa.

O tempo de permanência dos profissionais no PSF, outro fator analisado por essa pesquisa entre outras, reflete diretamente no desempenho das atividades no programa. O pequeno tempo de permanência dos profissionais nas equipes, especialmente médicos e o pessoal das equipes de saúde bucal, dificulta desde a qualificação dos profissionais até o desempenho das ações, tendo em vista a necessidade de adesão e incorporação de novos valores e práticas de saúde (BRASIL, 2004c). Além disso, a alta rotatividade dos profissionais dificulta a criação de vínculo com a população, um dos princípios norteadores da atenção básica e da ESF.

Em síntese, ao final de 2002 evidenciam-se problemas e desafios de diferentes ordens ainda não equacionados e até mesmo exacerbados após a rápida expansão do PSF. O panorama nesse momento apontava avanços no sentido da ampliação do acesso às ações de

---

<sup>43</sup> Dentre as leis federais que impõem restrições ao gasto com pessoal está a Lei de Responsabilidade Fiscal. Camargo Jr et al (2008) afirmam que um número expressivo de municípios brasileiros operam no limite dessa lei no que diz respeito à fração do orçamento dedicada ao pagamento de pessoal. Para esses municípios, a implantação efetiva do PSF traz uma série de dilemas, dentre os quais os autores destacam a dificuldade em atrair e fixar profissionais, em especial médicos, uma vez que não há como reajustar salários sem infringir essa lei.

<sup>44</sup> Foram consideradas as seguintes formas de recrutamento: concurso público, seleção pública e livre contratação.

saúde, principalmente nas camadas mais pobres da população, ao mesmo tempo em que o desafio de implantar o programa nos grandes centros trazia à tona o questionamento da viabilidade do modelo proposto pelo PSF como a única estratégia para a diversidade de municípios brasileiros. Nesse momento a preocupação com a qualidade da assistência e a garantia da integralidade ganha destaque no debate setorial, uma vez que havia locais que permaneciam com péssimos indicadores de saúde mesmo com elevado percentual de cobertura populacional pelo programa.

Sem dúvida ainda há numerosos obstáculos a serem enfrentados para que a estratégia de Saúde da Família alcance seu objetivo central. O reconhecimento destes obstáculos não significa um descrédito ao programa, mas sim uma contribuição para a reflexão crítica e construtiva sobre os rumos dessa estratégia e sobre sua inserção em uma lógica de atenção primária abrangente.

***Parte II – A atenção primária na política de saúde brasileira no governo Lula.***

## **Capítulo 3 – A APS no governo Lula: contexto, inserção na agenda política da saúde e estratégias prioritárias**

### ***O início de uma nova conjuntura***

Após oito anos de governo Fernando Henrique Cardoso, no dia 27 de outubro de 2002, os brasileiros elegeram Luis Inácio Lula da Silva, candidato da coligação liderada pelo Partido dos Trabalhadores, presidente do Brasil. Esse fato histórico marca o início de um novo ciclo na política brasileira.

Antes da vitória em 2002, Lula foi candidato nas três eleições presidenciais anteriores. Até então o PT fora o único dos sete maiores partidos brasileiros que sempre estivera na oposição no âmbito federal (ALMEIDA, 2004). O Partido dos Trabalhadores é o mais expressivo dentre os partidos políticos brasileiros de esquerda. O compromisso com a reforma social é uma de suas características mais marcantes, o que gerou grandes expectativas com relação a mudanças no modelo de desenvolvimento, na condução das políticas macroeconômica e social, incluindo a política de saúde.

O contexto em que se dá a vitória eleitoral de Lula é repleto de grandes desafios, tanto internos quanto externos, tanto imediatos quanto mediatos, tanto teóricos quanto prático-políticos (PAULA, 2003). No entanto, o apoio que Lula tinha de diferentes segmentos da sociedade por ocasião de sua posse, em 1º de janeiro de 2003, tais como os movimentos sociais, parte da classe média e de setores do empresariado, era um fator positivo, que lhe garantia legitimidade e força política para tomar medidas difíceis e enfrentar os desafios postos (FREITAS, 2007).

O primeiro governo Lula (2003-2006) foi alvo de numerosas críticas por parte da mídia e da academia pela prática de uma política macroeconômica considerada por alguns como liberal porque teria favorecido os interesses do capital financeiro nacional e internacional e do *agribusiness* - garantindo rentabilidade mediante a manutenção de elevadas taxas de juros e viabilizando um lucro bancário recorde (MARQUES E MENDES, 2007). No entanto há outros autores que não concordam com essas críticas. Para Boschi (2007), houve sim a adoção de medidas mais duras em termos de taxas de juros, política fiscal e cambial, na tentativa de viabilizar o compromisso com a estabilidade num contexto adverso. Porém, o

autor destaca iniciativas positivas de retomada de bases institucionais para o desenvolvimento em longo prazo e a clara incorporação da dimensão social como prioridade.

Outra questão amplamente criticada por alguns autores foi o predomínio da implementação de um conjunto de programas e iniciativas direcionados às populações mais pobres e aos segmentos até então excluídos de algumas políticas (TEIXEIRA E PAIM, 2005; MARQUES E MENDES, 2007).

De acordo com Almeida (2004), o governo Lula se inicia tendo em mãos duas propostas para a área social, ambas apresentando um aspecto em comum: os mais pobres no centro da política social. A primeira foi expressa no documento “Projeto Fome Zero: uma proposta de política de segurança alimentar para o Brasil”. Elaborado por pesquisadores do Instituto da Cidadania, sob coordenação de José Graziano da Silva e publicado em 2001, consistia numa combinação de políticas assistenciais com ações mais abrangentes de incentivo à agricultura familiar. A segunda proposta, oriunda da equipe do ministro da Fazenda, foi apresentada no documento “Política econômica e reformas estruturais”, produzido entre a eleição e a posse do novo governo. A autora aponta que nesse documento o tema das políticas sociais era tratado do ângulo da redução de seus efeitos regressivos mediante o aumento da eficácia do gasto social e da efetividade dos programas e ações, a ser obtida com maior focalização nos grupos de menor renda.

De fato a ênfase do governo Lula com relação ao social foi a criação de programas de combate à pobreza e inclusão social, com destaque para o Fome Zero<sup>45</sup> e o Bolsa Família. O governo assume como carro-chefe de sua política social o Bolsa Família<sup>46</sup>, um imenso programa de transferência de renda com condicionalidades, cujo público-alvo são famílias situadas abaixo da linha de pobreza.

---

<sup>45</sup> Para implementação do Fome Zero foi criado o Ministério Extraordinário para a Segurança Alimentar e o Combate à Fome no Brasil (MESA), que posteriormente seria extinto para a criação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). A iniciativa exigia articulação entre vários ministérios, as três esferas de governo e a sociedade civil. Contemplava três grupos de políticas, que deveriam ser executadas de forma conjunta: as políticas estruturais, voltadas para as causas mais profundas da fome e da pobreza; as políticas específicas, voltadas para atender as famílias sem segurança alimentar; e as políticas locais, implantadas através da ação das prefeituras e da sociedade (FREITAS, 2007).

<sup>46</sup> O Bolsa-Família surge da unificação de três programas criados no governo anterior - o Bolsa-Escola, o Bolsa-Alimentação e o Auxílio-Gás - e ficou sob responsabilidade de um único ministério, o do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Para Fonseca e Roquete (2005) a iniciativa de criação do Bolsa-Família foi mais além do que sua simples unificação e centralização sob um mesmo Ministério. Representou um primeiro esforço de integração e, com relação aos programas que o antecederam, realizou quatro inflexões importantes: a família como unidade receptora do benefício e do cumprimento das condicionalidades; a correlata inclusão prioritária dos membros das famílias em programas e políticas que possam representar independência em relação ao benefício; a descentralização pactuada com os entes da federação; o Cadastro Único dos programas sociais como ferramenta de planejamento e gestão de políticas.

Em concordância com Marques e Mendes (2007), apesar das críticas, não há como negar a importância desse programa para as famílias beneficiadas e para os municípios onde elas habitam. Esses autores afirmam com base em resultados de diferentes pesquisas que, em média, o benefício representa 21% do orçamento das famílias contempladas e em vários municípios brasileiros os recursos recebidos constituem a principal fonte de renda, superando enormemente não só a arrecadação municipal como as transferências constitucionais, os recursos destinados à saúde pública, entre outros indicadores.

A implementação desses programas no primeiro mandato é apontada por alguns analistas como um dos motivos que teriam favorecido a reeleição de Lula em 2006. Soares e Terron (2008), ao compararem as eleições de 2002 e 2006 utilizando conceitos e métodos de geografia eleitoral moderna, apontam um novo padrão na distribuição dos votos de Lula. Segundo os autores, houve redução do percentual de votos válidos nas regiões centro-sul do país, onde alcançava bons resultados e aumento nas regiões norte e nordeste, onde o Programa Bolsa Família distribuiu mais recursos, sugerindo que a participação deste sobre a renda local influenciou no novo contorno das bases geoeleitorais e foi um dos fatores de peso na explicação do resultado das eleições.

Nesse contexto, qual o lugar ocupado pela política de saúde? Houve comprometimento do governo federal com o avanço da Reforma Sanitária brasileira? Quais foram as políticas priorizadas para a saúde ao longo do governo Lula? A fim de buscar respostas a estes questionamentos, foram analisados os programas de governo e o desdobramento das propostas governamentais para a política de saúde brasileira de 2003 a 2008, que são apresentados a seguir.

### ***A política de saúde no governo Lula***

Ainda no período eleitoral, o programa de governo apresentado pela coalizão em torno da candidatura presidencial de Lula em 2002 (COLIGAÇÃO LULA PRESIDENTE, 2002) destacava os avanços com a criação do SUS e ressaltava que, neste governo, a saúde seria entendida e gerenciada no contexto dos direitos sociais, compreendidos na Seguridade Social. Com relação ao papel do Ministério da Saúde, afirmava-se que o mesmo é responsável pela gestão nacional do SUS, sem concorrer com estados e municípios, e que nesta gestão, isso seria feito efetivamente. Afirmava-se ainda que o Ministério da Saúde estabeleceria

mecanismos de acompanhamento da gestão descentralizada e ofereceria cooperação técnica e financeira para fortalecer estados e municípios. Estes, respeitando o controle social, deveriam exercer a gestão descentralizada do SUS e a regulação do sistema privado complementar.

Embora em nenhum momento o referido programa de governo cite termos como atenção básica ou primária, e estratégia de Saúde da Família, pode-se sugerir que uma das prioridades para a saúde seria desenvolver propostas nesta perspectiva, na medida em que afirma a ênfase nas políticas promotoras de saúde e bem-estar, nas cidades e no campo, estimulando a participação social, além do atendimento das necessidades de saúde da população, desde a prevenção até os casos mais complexos. Há ainda uma preocupação em impedir a exposição dos usuários dos serviços de saúde aos riscos de tecnologias desnecessárias e à sua incorporação indiscriminada.

Se o programa de governo pode ser considerado apenas um documento onde constam promessas de campanha de um candidato, após sua vitória, o documento mais importante, que norteará a gestão é o Plano Plurianual, por conter todas as metas e diretrizes do governo federal, além da previsão de gastos públicos para o período. Logo, o PPA 2004-2007 (BRASIL, 2003c) fornece subsídios para a compreensão a respeito da política nacional de saúde no governo Lula.

O PPA 2004-2007 foi elaborado a partir das diretrizes estratégicas da Presidência da República, orientadas para a inclusão social e redução das desigualdades regionais; crescimento com geração de trabalho, emprego e renda, ambientalmente sustentável e redutor das desigualdades regionais; promoção, expansão da cidadania e fortalecimento da democracia. Já o PPA setorial, elaborado no âmbito do Ministério da Saúde, teve como referência o plano de governo, as políticas de saúde estabelecidas e os princípios e diretrizes do SUS. Cabe ressaltar que sua formulação se deu por meio de um processo participativo, envolvendo diversas unidades do ministério e representantes do controle social.

O grande desafio apontado no documento para o setor saúde é a ampliação do acesso à assistência com melhoria na qualidade do atendimento prestado à população brasileira. Os objetivos setoriais do Ministério da Saúde envolvem uma vasta gama de desafios que vão desde a efetivação dos princípios do SUS, com destaque para a equidade e integralidade, até a fiscalização e regulação das operadoras do setor de saúde complementar<sup>47</sup>.

---

<sup>47</sup> Observa-se que no período a regulação estatal sobre o setor permaneceu incipiente, mais voltada para a garantia de direitos dos consumidores do que o enfrentamento de dilemas que envolvem esta temática, tais como o crescimento do setor privado supletivo, subsidiado por renúncia fiscal, e a manutenção de dois subsistemas – o SUS e a assistência médica complementar – com complexas relações entre os dois. Os dados sobre o número de beneficiários de planos de saúde revelam um crescimento considerável no período de 2003 a 2008. O setor

Por ocasião da primeira reunião da CIT, o então Ministro da Saúde Humberto Costa, anunciou as seguintes prioridades para o primeiro ano de gestão:

1. Ampliar o acesso principalmente através de maiores investimentos na atenção básica e no PSF;
2. Ampliar o acesso aos medicamentos;
3. Ampliar o atendimento à saúde;
4. Combater e controlar as doenças evitáveis;
5. Equacionar as graves distorções na área de recursos humanos no SUS.

Para efetivação de algumas dessas prioridades, foram lançados programas que se destacaram como “marcos” do governo Lula. São estes: o Brasil Sorridente, o Farmácia Popular do Brasil (FPF) e o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

Ainda que ao final do governo FHC algumas iniciativas tenham sido tomadas com intuito de enfrentar o desafio de melhorar a atenção odontológica no SUS e reverter os péssimos indicadores de saúde bucal da população brasileira, foi no governo Lula que a Política Nacional de Saúde Bucal obteve lugar de destaque e novos contornos, ampliando sua abrangência e conferindo-lhe caráter inovador. Segundo Bartole (2008), a entrada da saúde bucal na agenda de prioridades do governo brasileiro deu-se como resultado de uma estratégia política bem-sucedida, de articulação da saúde bucal com a política de combate à fome (Fome Zero), utilizada pelos representantes da saúde bucal, no momento da transição de governo no ano de 2002, que argumentavam a necessidade da população ter “condições pra mastigar bem”.

Nesse sentido, a política propõe a ampliação e a qualificação da oferta de serviços odontológicos no SUS, que deverão incorporar as seguintes linhas de ação: a viabilização da adição de flúor a estações de tratamento de águas de abastecimento público; educação em saúde; higiene bucal supervisionada; a reorganização da atenção básica, especialmente por meio da Estratégia de Saúde da Família e das Equipes de Saúde Bucal; e da Atenção Especializada, através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD).

---

suplementar saltou de 36 milhões de beneficiários em 2003, para 51,2 milhões em setembro de 2008, o que representa um crescimento de aproximadamente 42,2%. Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Disponível em <http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/1%20CadernoInformações-Beneficiários-dez.xls> Acesso em 24 fev. 2009.

O grande diferencial dessa política foi a implantação dos CEOs, pois estes possibilitaram a realização de procedimentos odontológicos complementares aos efetuados na atenção básica, tais como tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontias, e dentística de maior complexidade<sup>48</sup>. Com isto, como aponta Baptista (2008), tem-se a inversão da lógica que leva a mutilação.

Já o Programa Farmácia Popular do Brasil é o cumprimento de uma promessa de campanha. Dentre os objetivos anunciados há a ampliação do acesso da população a medicamentos essenciais e o atendimento igualitário de pessoas usuárias ou não dos serviços públicos de saúde, principalmente daquelas que utilizam os serviços privados e que têm dificuldades em adquirir medicamentos de que necessitam em estabelecimentos farmacêuticos comerciais (BRASIL, 2005a).

A principal justificativa apresentada para a estruturação do programa é o alto gasto das famílias brasileiras, inclusive as de menor renda, aferido pela Pesquisa de Orçamento Familiar do IBGE, o que em muitos casos leva a interrupção do tratamento devido à falta de recursos para compra de medicamentos (MACHADO E NOGUEIRA, 2008).

Esse programa traz inovações importantes e questionáveis. Primeiramente cabe destacar a preocupação do gestor federal com os usuários de serviços privados de saúde, os quais não possuem assistência farmacêutica. Assim, o fato do governo federal disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento de custos a essa população, como é destacado no próprio documento que regulamenta o programa, fortalece o papel do Estado no amparo dos direitos à saúde também para esses cidadãos. A ênfase nesse argumento torna-se contraditória pelo fato da Constituição Federal garantir o direito à saúde a todo cidadão brasileiro e um dos campos de atuação do SUS citados na Lei 8080 de 1990 ser a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Infelizmente, ainda que no discurso oficial se afirmasse que o programa não concorreria com o SUS, logo, não eximiria a responsabilidade dos gestores em saúde de garantir o acesso na rede pública aos medicamentos, estudos recentes têm levantado dados que sugerem que o Farmácia Popular pode ser concorrencial com a assistência farmacêutica no âmbito das unidades públicas de saúde. Trabalhos como o de Pinto (2008)<sup>49</sup> apontam que

---

<sup>48</sup> Os casos mais complexos são encaminhados pelos profissionais que atuam na atenção básica para os CEOs. Existem três tipos de CEOs, diferenciados pelo número de cadeiras odontológicas que possuem: CEO tipo I, com três cadeiras; CEO tipo II com quatro ou mais cadeiras; CEO tipo III, com no mínimo sete cadeiras.

<sup>49</sup> Os achados de Pinto (2008) revelam que quase 50% da população que acessa o Programa Farmácia Popular é originária da rede pública. Este fato é grave, na medida em que o Sistema Único de Saúde garante assistência farmacêutica integral. Ocorre, portanto, pela primeira vez na história do SUS a introdução da modalidade de co-pagamento. Como alertam Machado e Nogueira (2008), embora haja sistemas públicos universais de saúde que

é alta a proporção de pessoas que utilizam o programa com receitas médicas originárias do SUS, sugerindo que a provisão de medicamentos no setor público não está funcionando adequadamente. Mais ainda, os achados de Machado, R. (2008) apontam implicações para a atenção básica. O autor sugere certa dualidade da assistência farmacêutica voltada esse nível de atenção no governo Lula, que ao mesmo tempo expande os programas Farmácia Básica e Farmácia Popular, ambos voltados para o fornecimento de medicamentos básicos e essenciais, porém em tese com públicos-alvos diferentes.

Outra política governamental prioritária é o SAMU, serviço que integra a Política Nacional de Atenção às Urgências<sup>50</sup> desde setembro de 2003, quando ocorreu o lançamento oficial do programa na cidade de São Paulo. O SAMU é o principal componente dessa política. Seu objetivo é coordenar meios, processos e fluxos para garantir a assistência qualificada e humanizada ao paciente em quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorre fora do ambiente hospitalar.

O governo federal repassa mensalmente aos municípios e estados um valor referente a cerca de 50% do custeio dos serviços. Atualmente a rede nacional SAMU 192 conta com 146 serviços, distribuídos em 1.269 municípios (BRASIL, 2009).

Ao término do primeiro governo Lula, foi possível constatar que alguns dos esforços empreendidos na tentativa de enfrentar os desafios do setor mais uma vez esbarraram na tensão existente entre a saúde e a área econômica. Como afirmam Teixeira e Paim (2005), assim como em outras oportunidades, a área econômica deu o tom para as políticas de saúde, que não foram poupadas nos cortes de gastos públicos.

Ainda que este governo tenha dado continuidade às políticas implementadas e priorizadas em gestões anteriores, a grande preocupação no primeiro governo Lula foi imprimir sua “marca”, justificando a ênfase nos três programas supracitados. Teixeira e Paim (2005) tecem críticas severas a esses programas ao afirmarem que são de grande apelo publicitário e refletem mais uma preocupação com o marketing do que com o avanço da Reforma Sanitária.

---

trabalhem sob esta perspectiva na área de assistência farmacêutica, a construção do sistema de saúde brasileiro não previa isto em seus primórdios e isso não era cogitado até recentemente por ferir os princípios e diretrizes norteadoras do SUS.

<sup>50</sup> A Política Nacional de Atenção às Urgências é formada por quatro componentes que estruturam as redes loco - regionais de atenção integral às urgências. São estes: **pré-hospitalar fixo**, representado pelas unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências; **pré-hospitalar móvel**, formado pelo SAMU e pelos serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192; **hospitalar, e pós-hospitalar**, este formado pelas modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária (BRASIL, 2006b).

Para a reeleição, no que concerne à saúde, o programa de governo (COLIGAÇÃO A FORÇA DO POVO, 2006) proposto foi mais abrangente e apresentou objetivos mais claros e consistentes em comparação ao anterior. Um dos compromissos assumidos foi o avanço na consolidação do Sistema Único de Saúde, centrando esforços na universalização dos serviços e melhoria do atendimento ao cidadão. Dentre as diretrizes apontadas para o setor destacam-se o fortalecimento da gestão do SUS - pública, democrática, com controle social – e a organização das ações e serviços em rede nacional única e integrada de atenção à saúde.

Os programas apontados como prioritários para o segundo governo foram os criados no primeiro mandato, além do Programa de Saúde da Família, que havia sido criado em 1994. O PSF também foi anunciado entre as medidas para a garantia do atendimento integral ao idoso e como forma de assegurar a universalização do acesso às ações e serviços de atenção básica.

Em que pese o fato de a saúde não ter ocupado lugar central na agenda social federal, avanços ocorreram no que diz respeito à saúde pública brasileira no governo Lula. Ainda que não tenham sido superados desafios antigos, tais como o subfinanciamento do SUS, foi possível observar melhorias e inovações ao longo do governo.

### ***Inserção da APS na nova agenda federal***

Como visto no capítulo anterior, o PSF foi uma política governamental prioritária no período de 1998 a 2002 e representou a estratégia escolhida para expansão e reorganização da atenção primária no país. Nesse momento foram construídas as bases da política e definidas as regras e estratégias relativas à APS, que por sua vez refletem o conceito de atenção primária adotado pelo gestor federal. Isso significa que quando a nova gestão assume parte importante do conteúdo e escopo dessa política já havia sido definido.

O PSF ocuparia lugar de destaque na nova agenda federal assim como nas gestões anteriores? Qual era a compreensão do papel da APS nos sistemas de saúde no governo Lula? Quais as estratégias de APS foram incentivadas pelo Ministério da Saúde nesse período? Em busca de respostas a esses questionamentos, à luz do marco teórico-metodológico selecionado para o estudo, realizou-se a análise da política nacional de atenção primária no governo Lula, que evidenciou elementos de continuidade e mudança em sua condução com relação aos anos 1990.

A primeira prioridade anunciada pelo Ministro da Saúde em 2003 foi a ampliação do acesso ao sistema público de saúde, principalmente através de maiores investimentos na atenção básica e no Programa de Saúde da Família. Além disso, o ministro afirmou que a perspectiva para o programa seria de maior flexibilização, para atender as diferentes realidades locais.

O conteúdo referente à atenção básica em dois documentos oficiais publicados nesse primeiro ano de governo ratifica a priorização do tema pelo gestor federal. No primeiro, o PPA – saúde (BRASIL, 2003c), a efetivação da atenção básica como porta de entrada ao SUS – com expansão e aperfeiçoamento da estratégia de Saúde da Família – promovendo a articulação com os demais níveis de modo a garantir a integralidade do atendimento, é apontada como um dos objetivos setoriais do Ministério da Saúde. Do total de itens apresentados que possuíam metas específicas para o ano de 2007, 50% estavam relacionadas à atenção básica.

O segundo documento, o Plano de Metas 2003 (BRASIL, 2003a), foi construído tendo como base os objetivos dos programas envolvidos e em consonância com o PPA. As metas anunciadas estão descritas em ordem decrescente de prioridade e o PSF é apontado logo na meta 1 - melhoria do acesso, da qualidade e da humanização da atenção à saúde. A meta 1 é descrita da seguinte forma: “ *Ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, tendo as equipes de saúde da família e a humanização do atendimento como eixos estruturantes, reduzindo filas e viabilizando ações de assistência e prevenção de caráter universal desde o nível mais básico até o mais complexo (BRASIL, 2003a).*”

O destaque dado ao tema de certa forma dava indícios a respeito dos rumos da política nos anos subsequentes e da compreensão do gestor federal sobre o papel desempenhado pela atenção primária à saúde no sistema. Considerando o exposto nesses documentos, é possível apontar dois alvos para a política de saúde como um todo cujo alcance na visão da nova equipe seria possível através da ênfase na atenção básica: a efetivação do acesso universal e integral, e a mudança do modelo de atenção no SUS.

As informações expostas revelam que a atenção primária à saúde ocupou lugar de destaque na agenda de prioridades do Ministério da Saúde no governo Lula. Cabe, no entanto, um outro questionamento: a APS era uma prioridade apenas do Ministério da Saúde ou era também prioridade da cúpula do governo federal?

Quando perguntados sobre que destaque a política de atenção básica ocupava na agenda de prioridades do Ministério da Saúde e do governo federal, no período de 2003 a 2008, os entrevistados foram unânimes: a atenção primária manteve-se como política

prioritária. Para corroborar tal afirmativa, foram mencionados os seguintes fatos: a presença do tema nas metas do PPA; o acompanhamento das metas de expansão da atenção básica e da Saúde da Família pela Casa Civil; e o crescimento do aporte de recursos para a área durante todo o governo Lula<sup>51</sup>.

O fortalecimento da estratégia na agenda do Ministério da Saúde pode ser visto através da inclusão da atenção básica como um dos seis eixos prioritários do Pacto pela Vida. No documento afirma-se que um dos objetivos é assumir a Saúde da Família como prioritária para o fortalecimento da atenção básica e apoiar diferentes modos de organização que considerem os princípios dessa estratégia, respeitando as diferenças loco-regionais. Vale ressaltar que este componente do Pacto pela Saúde 2006 define compromissos sanitários, e mesmo não sendo uma meta sanitária, mas sim uma estratégia de configuração do sistema que possibilita alcançar alvos de um sistema de saúde, a atenção básica foi destacada.

Também no ano de 2006, no bojo da série Pactos pela Saúde, é editada uma importante portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica<sup>52</sup>. Esta e outras portarias, juntamente com seus anexos, dão forma à PNAB. Na apresentação do documento, o Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, afirma que a Política Nacional de Atenção Básica expressa o acerto do ministério de revitalizar a atenção básica à saúde no Brasil. Informa que o processo de construção da PNAB contou com a participação dos entes federativos, membros da academia, profissionais de saúde e trabalhadores do SUS, além de usuários e entidades representativas do sistema de saúde. As discussões pautaram-se nos eixos da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS. A concepção de atenção básica adotada é de porta de entrada preferencial, sendo o ponto de partida da estruturação dos sistemas locais de saúde.

Ao final de 2007 é lançado o documento “Mais Saúde – Direito de Todos 2008-2011”. Este se insere na política de desenvolvimento nacional do governo Lula e parte do pressuposto de que a saúde constitui uma frente de expansão que vincula o crescimento econômico ao social. Foram definidos sete eixos de intervenção: Eixo 1: Promoção da Saúde; Eixo 2: Atenção à saúde; Eixo 3: Complexo Industrial da Saúde; Eixo 4: Força de trabalho em saúde; Eixo 5: Qualificação da gestão; Eixo 6: Participação e Controle Social; Eixo 7: Cooperação Internacional; contemplando ao todo 73 medidas e 165 metas.

---

<sup>51</sup> O financiamento da atenção básica no governo Lula é detalhado no capítulo a seguir.

<sup>52</sup> Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006.

Uma das medidas que aparece no eixo de atenção à saúde é a qualificação e ampliação da atenção básica, garantindo de forma compartilhada com estados e municípios a expansão e a sustentabilidade financeira para a estratégia de saúde da família, cobrindo a população usuária do SUS de forma integrada aos projetos sociais do governo federal. Dentre as diretrizes propostas consta a integração das ações de promoção, prevenção e assistência, numa perspectiva ampla de atenção à saúde, recuperando-se o papel de indução do Governo Federal. Das 165 metas do Mais Saúde, aproximadamente 13% estão relacionadas à atenção básica, evidenciando seu relativo peso no âmbito das políticas setoriais.

Para alguns entrevistados envolvidos com a condução da política federal, a partir de 2006 há um fortalecimento muito claro da atenção básica na agenda federal, nunca visto em outras gestões. Ocorre, de fato, uma decisão política do gabinete do ministro predominantemente voltada para as ações da atenção básica e principalmente a estratégia de Saúde da Família que é correspondida pelas secretarias. A transversalidade da política de atenção básica no sentido de se constituir como objeto de vários setores é um indicativo deste fortalecimento.

### ***A condução da APS no âmbito do Ministério da Saúde***

A condução da política nacional de atenção primária à saúde no âmbito do ministério se dá por meio do Departamento de Atenção Básica. O DAB atualmente é composto por cinco coordenações: acompanhamento e avaliação; alimentação e nutrição; gestão da atenção básica; hipertensão e diabetes; saúde bucal. Cabe ponderar que a atenção básica extrapola as ações contidas nesse departamento, porque os limites da atenção básica são difíceis de precisar. Entretanto não significa que a condução dessa política seja necessariamente fragmentada. Por outro lado, existem também políticas que estão inseridas neste departamento cujo desenho está pautado na integralidade e que abarcam outros níveis de atenção. Um exemplo claro de política que do ponto de vista organizacional extrapola as ações contidas no âmbito da atenção básica é a Política Nacional de Saúde Bucal.

No início do governo Lula, uma das primeiras iniciativas no âmbito da saúde foi a reestruturação do Ministério da Saúde. As principais mudanças que deram origem ao novo

desenho da estrutura regimental do ministério<sup>53</sup> envolveram a criação de quatro secretarias e a reorganização de duas. São estas:

1. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos em Saúde (SCTIE)** – responsável pela Política de Assistência Farmacêutica, incluindo a estratégica área de fortalecimento dos laboratórios oficiais produtores de farmoquímicos e o estímulo à pesquisa e desenvolvimento. Composta por três departamentos: o de Assistência Farmacêutica, o de Ciência e Tecnologia e o de Economia da Saúde;
2. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)** – responsável pelas questões relativas à gestão, capacitação e formação de recursos humanos;
3. **Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)** – secretaria originada a partir do processo de reestruturação da Funasa que assumiu as atribuições do antigo Cenepi (Centro Nacional de Epidemiologia), passando a ser responsável pela coordenação das políticas de vigilância epidemiológica, prevenção e controle de doenças.
4. **Secretaria de Gestão Participativa (SGEP)** – responsável por organizar as formas de controle social do SUS e a relação do sistema de saúde com os organismos representativos da sociedade;
5. **Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)** – unificou as ações até então a cargo das antigas secretarias de Assistência à Saúde e de Políticas de Saúde (SPS);
6. **Secretaria Executiva (SE)** – passa a incorporar o Departamento de Apoio à Descentralização (DAD), que até então funcionava no âmbito da antiga SAS.

A reestruturação das secretarias, ainda que represente uma mudança de caráter administrativo, expressou a tentativa de enfrentamento de importantes lacunas de atuação federal que na década de 1990 prejudicaram a expansão, a consolidação e a sustentabilidade de uma política de saúde pública e universal no país (MACHADO, 2008).

Dentre elas destacam-se a criação da SCTIE e da SGTES como esforço de intervenção nas áreas de insumos e de recursos humanos e a unificação da Secretaria de Assistência à Saúde com a de Políticas de Saúde, que sugere a tentativa de superação da fragmentação das ações e principalmente a ênfase na integração entre os diferentes níveis de atenção. Além disso, a criação da Secretaria de Gestão Participativa revelava a preocupação do gestor federal em fortalecer e aprimorar os mecanismos de controle social<sup>54</sup>.

---

<sup>53</sup> Ver estrutura no anexo A.

<sup>54</sup> Cabe destacar que o primeiro secretário da SGEP foi Sergio Arouca, um dos sanitaristas que se destacaram no processo histórico de reforma sanitária brasileira.

Ocorre que a reforma administrativa do Ministério da Saúde a partir de campos de atuação, teve importantes implicações para a condução da política nacional de atenção básica. A primeira delas é a tentativa de integrar a condução da política de atenção básica às de atenção especializada, por meio da extinção da SPS e transferência do Departamento de Atenção Básica para a nova Secretaria de Atenção à Saúde. No entanto, em relação aos efeitos dessa medida para a efetiva integração das políticas, não houve consenso entre os entrevistados. Alguns afirmaram que essa medida foi determinante para a atuação na perspectiva da integralidade, pois a nova estrutura permitiu um processo integrador, enquanto outros apontaram que mesmo estando dentro da mesma secretaria, continuava-se tendo dificuldades de articulação entre as áreas técnicas.

A segunda se relaciona à criação da SEGETS, que representa um impulso para o fortalecimento da política de recursos humanos no âmbito do SUS. As principais iniciativas desta secretaria estão entrelaçadas com as prioridades da Saúde da Família, no sentido de fortalecer o programa. No caso da vertente de educação em saúde, várias políticas e estratégias se voltaram no período estudado para a formação e qualificação de profissionais de atenção básica, tendo como referência freqüente o PSF.

A terceira diz respeito à criação da SCTIE e, dentro dela, do Departamento de Assistência Farmacêutica, que passa a reunir o comando sobre o conjunto das estratégias federais de assistência farmacêutica. Isso inclui a responsabilidade pela gestão da assistência farmacêutica básica, antes sob o comando do DAB, exigindo o esforço de integração entre os dois departamentos para a coordenação das ações.

A quarta concerne à criação da SVS, que trouxe para a administração direta a responsabilidade de comando sobre a vigilância epidemiológica, potencialmente aproximando-a da coordenação das demais políticas. A SVS também terá entre seus atributos nos anos subseqüentes a formulação e coordenação da Política Nacional de Promoção da Saúde, requerendo uma aproximação com a atenção básica.

Quanto aos atores envolvidos na coordenação de políticas, vale ressaltar que ao longo do governo Lula houve quatro ministros da saúde, cuja missão era articular os programas prioritários da agenda presidencial para o setor saúde com os demais aspectos importantes para o enfrentamento dos graves problemas inerentes ao sistema de saúde brasileiro.

**Quadro 3. 1 -Caracterização do perfil e trajetória dos Ministros da Saúde do governo Lula, no período de 2003 a 2008**

Ministro	UF de origem	Período na gestão	Formação	Filiação partidária	Trajetória prévia ao cargo de ministro			Trajetória posterior ao cargo de ministro		
					Mandato legislativo	Mandato executivo	Cargo executivo por nomeação	Mandato legislativo	Mandato executivo	Cargo executivo por nomeação
<b>Humberto Sergio Costa Lima</b>	PE (natural de Campinas, SP).	01/01/2003 a 11/07/2005	Médico com pós-graduação em Medicina Geral e Comunitária, Clínica Médica e Psiquiatria. É também formado em jornalismo	PT	- Deputado estadual (1990) - Deputado federal (1994) - Vereador (Recife/2000)	-	- Secretário municipal de Saúde (Recife/2000)	-	-	- Secretário estadual das cidades (PE/2007)
<b>José Saraiva Felipe</b>	MG	11/07/2005 a 31/03/2006	Médico Sanitarista	PMDB	- Deputado Federal (1995)	-	- Secretário Municipal de Saúde e Ação Social de Montes Claros/MG (1983) - Secretário Nacional de Serviços médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social (1985) - Secretário de Ciência e Tecnologia do MS (1989) - Secretário estadual de Saúde de MG (1991)	- Deputado federal (2007)	-	-
<b>José Agenor Álvares da Silva</b>	MG	31/03/2006 a 16/03/2007	Bioquímico e Sanitarista	-	-	-	- Supervisor regional do Projeto Montes Claros (1975) - Coordenador do PIASS e da área de programação do Ministério da Saúde (1978) - Servidor de carreira do Ministério da	-	-	- Diretor da ANVISA (2007)

							<p>Saúde desde 1980</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Secretário de Planejamento do Ministério da Saúde (1985)</li> <li>- Organização Pan-Americana de Saúde (1987)</li> <li>- Presidente da Fundação Ezequiel Dias (1992)</li> <li>- Coordenador do Projeto Nordeste no Ministério da Saúde (1995)</li> <li>- Coordenador da descentralização na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1998)</li> <li>- Secretário Executivo do Ministério da Saúde (2005)</li> </ul>		
<b>José Gomes Temporão</b>	RJ	16/03/2007 Até o momento	Médico Sanitarista	PMDB	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Secretário Nacional de Planejamento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS/ 1985)</li> <li>- Subsecretário estadual de Saúde (Rio de Janeiro/ 1991)</li> <li>- Diretor do Instituto Vital Brasil (RJ/ 1992)</li> <li>- Assessor-chefe de Planejamento da Secretaria de Educação do Estado do Rio de (2000)</li> <li>- Subsecretário municipal de saúde (Rio de Janeiro-RJ/ 2001)</li> <li>- Presidente da</li> </ul>	NA	

							Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da FIOCRUZ (2002)  - Diretor do Instituto Nacional do Câncer (INCA/ 2003)  - Secretário Nacional de Atenção à Saúde (2005)	
--	--	--	--	--	--	--	---	--

Fonte: Elaboração própria a partir de adaptação do quadro apresentado em Machado (2007a).

Cabe assinalar que, em relação à formação dos ministros, nessa gestão observa-se o predomínio de profissionais de saúde, sendo três deles sanitaristas vinculados ao movimento de Reforma Sanitária. Embora a articulação partidária ainda seja um fator chave na escolha do ministro da saúde, reconhecem-se esforços para que esse espaço institucional seja ocupado por profissionais que possuam qualificação técnica e compromisso com o avanço do SUS.

De acordo com Machado (2008), no primeiro mandato de Lula a gestão Humberto Costa foi a mais duradoura (cerca de 29 meses) e deu o tom da política de saúde. A autora alega que o período de meados de 2005 ao final de 2006 foi marcado por uma situação de transitoriedade<sup>55</sup>. Predominou a continuidade das políticas sem que tenham ocorrido inflexões marcantes. Todos os três ministros do primeiro governo Lula valorizaram a atenção básica e a expansão do PSF.

O início do segundo governo Lula foi marcado pela mudança de Ministro da Saúde. A escolha de José Gomes Temporão para assumir o cargo contemplou critérios técnico-políticos e foi permeada por intensa disputa partidária<sup>56</sup>.

A gestão do ministro Temporão no período de 2007 a 2008 foi caracterizada pela ampliação do escopo da agenda política – calcada na promoção da saúde e nas relações entre saúde e desenvolvimento - e o debate de assuntos polêmicos que tiveram grande visibilidade na mídia nacional. Em geral, os temas em destaque na agenda da saúde ao longo dos primeiros anos do segundo mandato de Lula foram: o fortalecimento do complexo industrial da saúde no âmbito nacional; a regulamentação do uso e o enfrentamento dos problemas relacionados ao consumo abusivo de álcool; a questão da desigualdade social em relação ao planejamento familiar; o aborto enquanto problema de saúde pública; a redução da mortalidade materna; o combate à dengue e o projeto das Fundações Estatais.

No que tange à ocupação do cargo titular da recém-criada e poderosa Secretaria de Atenção à Saúde, sob a qual o DAB está vinculado, cabe destacar que este cargo foi ocupado exclusivamente por médicos sanitaristas, que permaneceram no cargo por longo período. Os dois momentos de mudanças foram marcados pelo término da gestão ministerial e pela saída

---

<sup>55</sup> Essa transitoriedade se relacionou a curta permanência de Saraiva Felipe no cargo e ao longo período de interinidade do ministro Agenor antes que seu nome fosse confirmado como ministro efetivo. O contexto de crise do governo em 2005-2006 e as disputas político partidárias em torno do cargo de ministro da saúde geraram certa instabilidade na pasta.

<sup>56</sup> Apesar de contar com apoio do próprio presidente Lula, a indicação de José Gomes Temporão para ocupar a pasta da Saúde envolveu intensa disputa. Ao final de 2006, Temporão se filiou ao PMDB, quando já se mencionava a possibilidade de que fosse convidado para assumir o cargo de Ministro e foi apoiado publicamente pelo recém eleito Governador Sergio Cabral, do PMDB do Rio de Janeiro (MACHADO, 2008). No entanto, a bancada do PMDB na Câmara dos Deputados não o aceitou como um nome representativo do partido. A autora ressalta que esse dado não é trivial, pois posteriormente a gestão de Temporão em alguns momentos viria a sofrer revezes em parte relacionados à falta de apoio de seu próprio partido no Congresso.

do secretário para assumir a pasta da saúde. O quadro abaixo sintetiza o perfil dos três secretários de atenção à saúde no período.

**Quadro 3.2 – Caracterização do perfil dos Secretários de Atenção à Saúde no período de janeiro de 2003 a junho 2008.**

Ministro	Secretário	Formação	UF de origem	Permanência no cargo (meses)
Humberto Sergio Costa Lima	Jorge Jose Santos Pereira Solla	Médico Sanitarista	BA	29
José Saraiva Felipe	José Gomes Temporão	Médico Sanitarista	RJ	21
José Agenor Álvares da Silva	José Gomes Temporão			
José Gomes Temporão	José Carvalho de Noronha	Médico Sanitarista	RJ	15*

Fonte: Elaboração própria.

\*Nota: O secretário permaneceu no cargo até julho de 2008.

Cabe tecer algumas considerações a respeito do comando da Secretaria Executiva, cuja responsabilidade é auxiliar o Ministro da Saúde na supervisão e coordenação das atividades das demais secretarias e suas entidades vinculadas. Destaca-se que o primeiro secretário executivo do governo Lula foi um médico sanitarista, professor universitário, reconhecido por sua trajetória técnico-política e acadêmica<sup>57</sup>. Sua atuação na cidade de Campinas (SP) foi marcada pelo desenvolvimento de um novo modelo para a atenção primária à saúde, denominado Projeto Paidéia de Saúde da Família. Este projeto apresenta alguns pontos que divergem da proposta de PSF incentivada pelo Ministério da Saúde, dentre eles: a reorganização dos Centros de Saúde em Equipes Locais de Referência, responsáveis pelo atendimento integral às famílias e apoio matricial às equipes do programa; inserção de médicos pediatras, gineco-obstetras e clínicos na equipe local de saúde da família; carga horária diferenciada na Equipe Local de Referência (CAMPOS, 2003). A trajetória do secretário e a presença de técnicos oriundos de Campinas, pode ter influenciado as reflexões sobre o modelo de atenção básica e a inserção do PSF, que estiveram bastante presentes nos debates entre 2003 e 2005, como veremos mais adiante<sup>58</sup>.

<sup>57</sup> Gastão Wagner de Sousa Campos foi secretário executivo na gestão de Humberto Costa. Posteriormente foi sucedido pelos seguintes secretários: José Agenor Álvares da Silva, Jarbas Barbosa, Paulo Curi e Márcia Bassit.

<sup>58</sup> Na opinião de um dos entrevistados, houve um momento no Ministério da Saúde de busca de outro desenho para a estratégia de Saúde da Família, influenciado pela experiência de Campinas, trazida para o centro do debate na esfera federal por estes novos atores.

No que concerne aos dirigentes do Departamento de Atenção Básica, com relação à permanência no cargo de direção observa-se certo grau de estabilidade, o que favoreceu a continuidade dos projetos. O quadro abaixo mostra o perfil dos diretores do DAB nas diferentes gestões ministeriais do governo Lula.

**Quadro 3.3 – Caracterização do perfil dos diretores do Departamento de Atenção Básica no período de janeiro de 2003 a junho 2008.**

Ministro	Diretor(a) do DAB	Formação	UF de origem	Duração (meses)
Humberto Sergio Costa Lima	Afra Suassuna Fernandes	Médica Pediatra	PE	29
José Saraiva Felipe	Luis Fernando Rolim Sampaio	Médico Homeopata	MG	33
José Agenor Álvares da Silva				
José Gomes Temporão				
José Gomes Temporão	Claunara Schiling Mendonça	Médica de Família e Comunidade	RS	02*

Fonte: Elaboração própria.

\* Nota: Até o término da elaboração deste trabalho, em março de 2009, permanecia como diretora do DAB.

Uma característica comum a todos os dirigentes do DAB nesse período, além da formação em medicina, é a inserção no próprio DAB antes de assumir o cargo de diretor<sup>59</sup> e a trajetória prévia de atuação no Programa de Saúde da Família em nível local, seja na gestão ou na prática clínica.

Em síntese, a reforma administrativa no âmbito do Ministério da Saúde logo no início do governo gerou mudanças relevantes para a condução da política nacional de atenção básica, dentre as quais se destaca a vinculação do DAB à grande Secretaria de Atenção à Saúde<sup>60</sup>. A unificação da assistência farmacêutica federal no DAF, a criação da SGETS e da SVS também se destacam como medidas importantes para o enfrentamento de questões importantes no âmbito da atenção primária à saúde ainda não equacionadas. No entanto faz-se necessário avançar para além da esfera organizacional. Além disso, ressalta-se que a centralidade da atenção primária à saúde na agenda dos atores setoriais com alto poder

<sup>59</sup> Vale destacar que, durante a gestão Serra, dois destes diretores haviam atuado no DAB e um deles atuou em outras áreas da SAS.

<sup>60</sup> Houve intenso debate sobre a criação de uma secretaria específica, denominada “Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde”, porém a proposta não se concretizou até o momento. A criação desta secretaria não foi objeto de debate neste trabalho pois foge ao período de estudo.

decisório favoreceu a expansão do PSF e o predomínio de elementos de continuidade no período.

### ***Concepções e estratégias prioritárias no âmbito da APS***

Até 2002, o modelo do PSF era assumido como prioritário para reorganização da atenção básica no país, compreendida pelo gestor federal como “*um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 1999, p. 9)*”. Parece que esta compreensão também foi adotada pela nova gestão em 2003, que só explicitaria claramente sua visão a respeito do papel da APS nos sistemas de saúde ao final do primeiro mandato do governo Lula.

Em 2006, quando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é publicada, observa-se que não houve mudança substantiva em relação à concepção adotada no período anterior. A diferença está no detalhamento dos princípios norteadores e fundamentos da atenção básica. De acordo com a PNAB, a atenção básica caracteriza-se por:

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem estas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006c)”.

Esta definição está em consonância com o referencial teórico trazido pela autora americana Barbara Starfield (2002)<sup>61</sup>. No que tange à compreensão dos dirigentes do Departamento de Atenção Básica no período sobre a concepção e o papel da atenção primária à saúde, cabe destacar que estes compartilham a opinião de que a APS é um nível de atenção (porta de entrada) estruturante do sistema, caracterizado por um conjunto de atributos, explicitados no trabalho da referida autora, citada por todos os dirigentes entrevistados.

---

<sup>61</sup> Cabe mencionar que o Ministério da Saúde foi o financiador da edição brasileira do livro da referida autora.

Destaca-se ainda que a concepção apresentada na PNAB valoriza não apenas a dimensão preventiva, mas também a clínica. Outro ponto importante apresentado no conteúdo da política foi a mudança na estrutura do financiamento da atenção básica, por meio da regulamentação do Bloco Financeiro da Atenção Básica, criado pelo Pacto de Gestão<sup>62</sup>.

A Saúde da Família persiste como eixo central para a organização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS, e a partir desta normativa passa a ser chamada de estratégia, não mais um programa (SAMPAIO, 2008). Nota-se que permanece a ênfase no caráter substitutivo e a tentativa de mudança do modelo de atenção à saúde<sup>63</sup>. Para Teixeira e Paim (2005), os esforços visando a mudança no modelo de atenção à saúde no SUS a partir de projetos que priorizam o acolhimento e a humanização, tais como o PSF, poderia ser considerado um “marcador” da vontade política da nova equipe.

Os dados referentes ao PSF apresentados a seguir revelam que este permaneceu como estratégia hegemônica no âmbito da atenção primária à saúde ao longo do governo Lula. Houve um crescimento significativo e contínuo em todo o período analisado, embora as metas anunciadas não tenham sido alcançadas<sup>64</sup>. As figuras a seguir revelam a evolução do número de equipes implantadas e da cobertura populacional no período de 1998 a 2007, de acordo com dados oficiais.

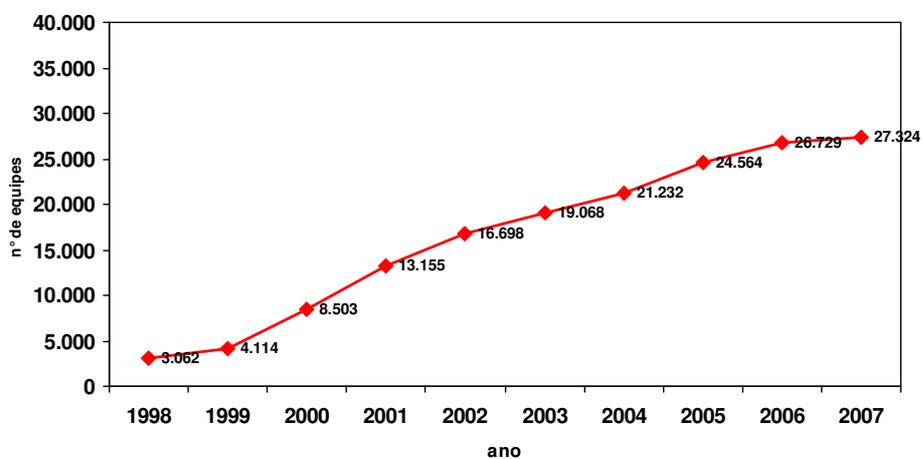
---

<sup>62</sup> O financiamento da atenção básica no governo Lula é discutido no Capítulo 4.

<sup>63</sup> Neste trabalho o termo ‘modelo de atenção à saúde’ é utilizado para designar a forma de organização dos serviços e o modo de práticas de saúde, como em Teixeira e Solla (2005).

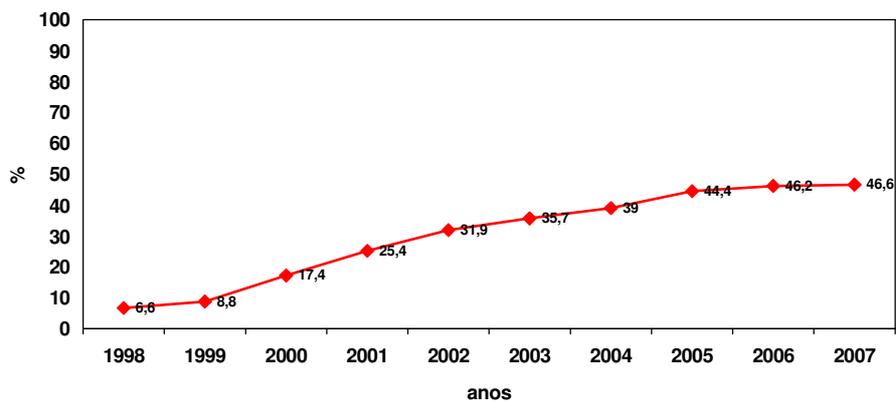
<sup>64</sup> Em 2003 foi anunciada a meta de implantação de 35 mil equipes de saúde da família em todo território nacional, que representaria a cobertura de 100 milhões de pessoas até 2007.

**Figura 3.1 - Evolução do número de equipes implantadas de Saúde da Família, Brasil, 1998 a 2007.**



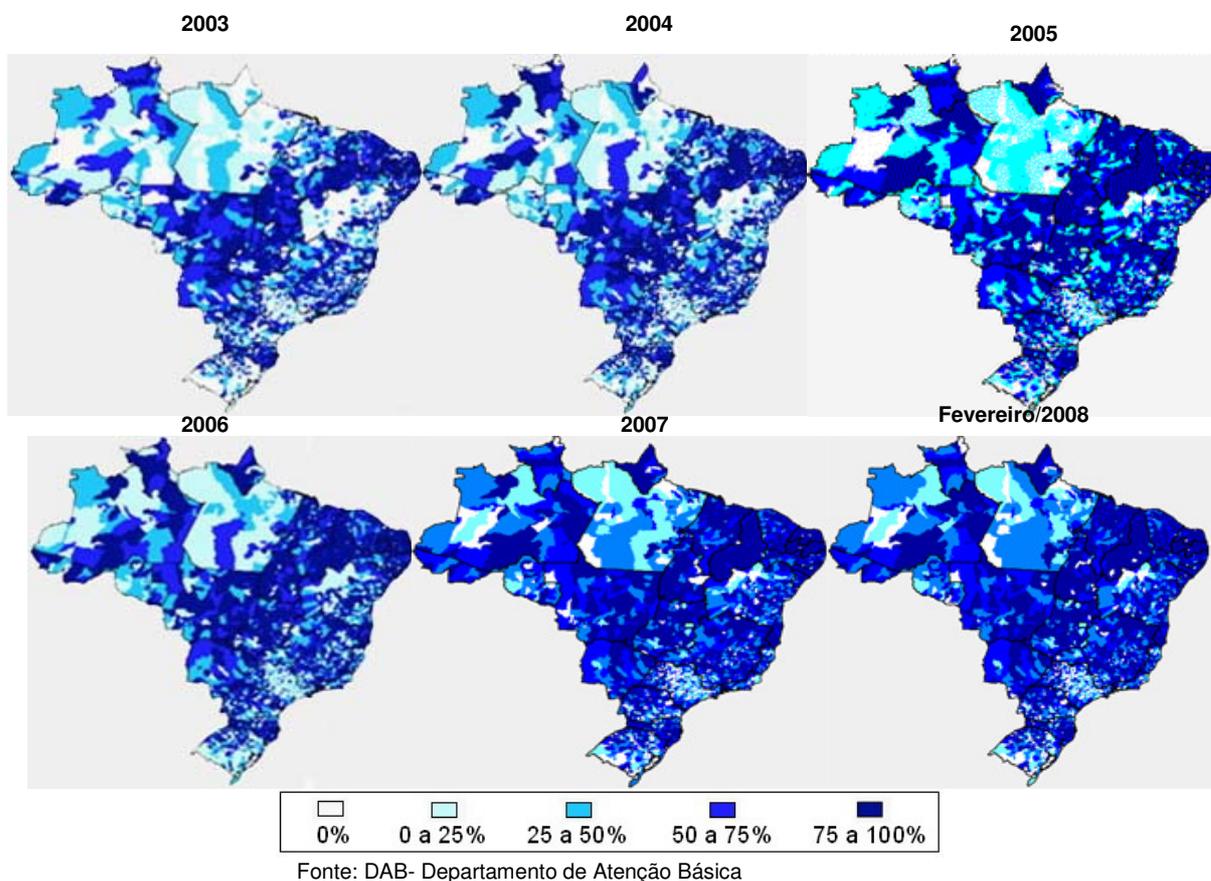
Fonte: Elaboração própria a partir da página da internet do DAB.

**Figura 3.2 - Evolução da população coberta por equipe de Saúde da Família, Brasil, 1998 a 2007.**



Fonte: Elaboração própria a partir da página da internet do DAB.

Figura 3.3 - Histórico de cobertura do PSF no governo Lula



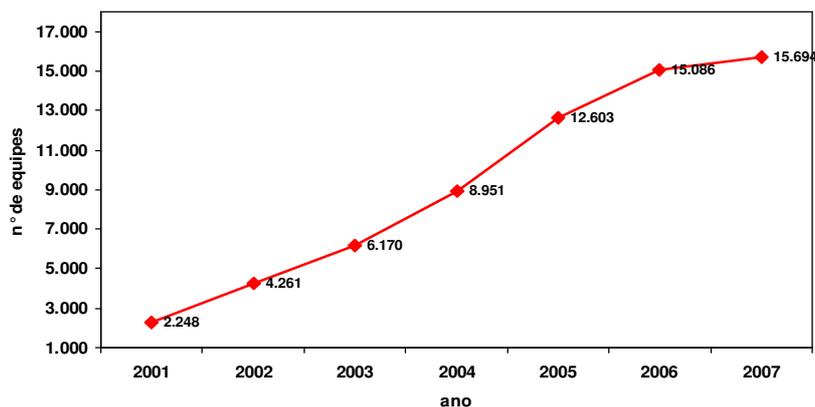
A ampliação da cobertura, com crescimento de 43,8% no número de equipes implantadas e 30,5% no percentual total da população coberta pelo programa no período, sem dúvidas foi um dos grandes feitos das gestões ministeriais durante o governo Lula.

No que concerne às demais estratégias no âmbito da atenção básica, nota-se que a ênfase no período esteve centrada no fortalecimento da articulação setorial, tanto interna ao Ministério da Saúde quanto externa – ainda que com iniciativas bastante pontuais - e nos programas do governo Lula para a saúde. Assim, a política de saúde bucal, o fortalecimento da relação entre saúde mental, vigilância em saúde e atenção básica, bem como a inserção do PSF em outros projetos do governo federal, são algumas das iniciativas de prestígio ao longo do período analisado.

Como visto anteriormente, a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente foi uma das políticas abordadas na perspectiva de “marca” de governo. Nesse sentido, recebeu um financiamento por parte do Ministério da Saúde bastante expressivo, mais de R\$1,3 bilhão

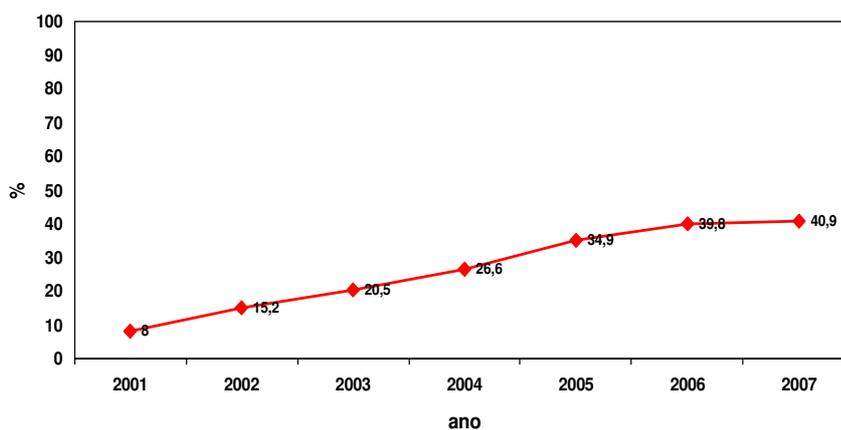
em 2006. Assim como o PSF, houve importante crescimento no número de equipes de saúde bucal implantadas e população coberta por estas equipes, como mostram as figuras abaixo.

**Figura 3.4 - Evolução do número de equipes implantadas de Saúde Bucal. Brasil, 2001 a 2007.**



Fonte: Elaboração própria a partir da página da internet do DAB.

**Figura 3.5 - Evolução do percentual da população brasileira coberta por equipe de Saúde Bucal, 2001 a 2007.**



Fonte: Elaboração própria a partir da página da internet do DAB.

Outro aspecto importante deste período é a aproximação da atenção básica com a área de saúde mental. De acordo com Baptista, Borges e Simon (2008), embora o início de um maior diálogo com a atenção básica tenha sido observado ainda ao final da gestão FHC, no governo Lula as discussões em torno do desafio de integrar as duas áreas se intensificam e geram logo no início do novo governo, em 2003, um documento que fora elaborado em conjunto pela Coordenação de Saúde Mental e pela Coordenação de Gestão da Atenção Básica, intitulado *Saúde Mental e Atenção Básica – o vínculo e o diálogo necessários*. Posteriormente ocorre a edição de duas portarias relevantes:<sup>65</sup> a primeira, em 2006, inclui parâmetros para ações de saúde mental na atenção básica na PPI, no âmbito do Pacto da Atenção Básica; e por último, em 2008, a portaria de criação dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF), que traz a possibilidade de relação da atenção básica com a saúde mental ao sugerir a contratação pelos NASFs de pelo menos um profissional que atenda à demanda da saúde mental (BAPTISTA, BORGES E SIMON, 2008).

De igual importância, a articulação da atenção básica com a vigilância era identificada como ponto crucial para proporcionar sustentabilidade às ações desenvolvidas no âmbito da SVS<sup>66</sup>. Reconhecia-se que parte dos objetivos e das metas desta secretaria só seriam alcançados a partir de uma integração, de fato, com a atenção básica. Nesse sentido, foram empreendidos esforços para elaboração conjunta de portarias e publicações de interesse comum a ambas as áreas. Em uma destas publicações, o Caderno de Atenção Básica n°21, afirma-se que a Vigilância em Saúde é o referencial para mudanças do modelo de atenção, ao articular conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais (BRASIL, 2008d).

Em relação à articulação externa, foi possível observar esforços na formulação de políticas juntamente com o Ministério da Educação, principalmente no que se refere à qualificação de recursos humanos para a atenção básica<sup>67</sup>.

Outra estratégia privilegiada no período foi a inserção do PSF em macro políticas do governo federal. A título de exemplo observa-se que a implementação da agenda social do governo Lula para grupos até então excluídos - como os quilombolas e os assentados - impôs demandas para o Ministério da Saúde cuja contribuição se dá por meio do Departamento de

---

<sup>65</sup> Portarias GM n° 1097/2006 e GM n° 154/2008.

<sup>66</sup> Cabe assinalar que a chefe de gabinete da SVS a partir de 2007 foi Heloiza Machado, ex-diretora do Departamento de Atenção Básica.

<sup>67</sup> No capítulo 4 são detalhadas as portarias elaboradas pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação.

Atenção Básica<sup>68</sup>. No período destacam-se a inserção do PSF no acompanhamento das condicionalidades da saúde para as famílias beneficiadas pelo programa Bolsa Família e a atuação das equipes de saúde bucal e de saúde da família nos Territórios da Cidadania<sup>69</sup>, programa direcionado aos 60 territórios do país com menor IDH e baixo dinamismo econômico, que passam a receber os principais programas do governo federal de forma integrada.

Cabe ponderar que, no âmbito do Departamento da Atenção Básica, uma das estratégias apontadas pelos entrevistados como prioritária no período foi a articulação internacional, cujo objetivo não era somente a troca de experiências entre os países, mas também dar visibilidade internacional ao modelo de atenção básica brasileiro.

Embora não haja dúvida a respeito da priorização do tema ao longo governo Lula, foi possível identificar a configuração de dois diferentes momentos que marcam a inserção da política nacional de atenção básica nesse governo. O primeiro, 2003-2005, é caracterizado pela presença de visões distintas no interior do Ministério da Saúde com relação ao modelo de atenção primária à saúde, incluindo certo questionamento do PSF como estratégia única para reorganização da APS no país. Já o segundo momento, 2006-2008, é caracterizado pela reafirmação do PSF como a estratégia central da política nacional de atenção primária.

No período de 2003 a 2005 houve debates relacionados a propostas de mudança ou flexibilização do modelo de atenção básica em voga desde 1994. Alguns dirigentes reconheciam a importância de discutir o modelo do PSF, em virtude da realidade nos serviços ser bastante distinta daquela idealizada com a criação do programa. Além disso, observa-se que nesse momento atores do Ministério da Saúde defendiam a necessidade de flexibilizar as diretrizes do PSF para que o programa se aproximasse das diferentes realidades dos municípios brasileiros. Os pontos de tensão no debate se referiam a três questões principais: o PSF como estratégia única ou a possibilidade de indução de outros modelos no âmbito da atenção básica; a flexibilização do modelo do PSF, particularmente no que diz respeito à composição da equipe e carga horária semanal dos profissionais; o enfrentamento de problemas ou limitações da estratégia no que tange ao modelo de atenção proposto.

---

<sup>68</sup> Tais demandas terão importantes repercussões no financiamento da atenção básica e serão discutidas no capítulo 4.

<sup>69</sup> O programa Territórios da Cidadania foi lançado oficialmente pelo presidente Lula em 25/02/2008. Tem por objetivo reduzir as desigualdades no meio rural, proporcionando a inclusão e o desenvolvimento regional sustentável, bem como a universalização dos programas básicos de cidadania (BRASIL, 2008c).

No entanto, cabe ressaltar que embora se observe uma postura favorável às experiências distintas em alguns dos documentos emitidos pelo ministério no período<sup>70</sup>, estes mesmos documentos recomendam que tais experiências devam incorporar os princípios do PSF de territorialização, adscrição de clientela e o estabelecimento de vínculo.

Alguns dos entrevistados assinalaram que houve um enfraquecimento do Saúde da Família como consequência de certa perda de força política nesse período. Segundo esses entrevistados foi um momento de dúvida no interior do Ministério da Saúde, se prosseguia a indução do PSF nos mesmos moldes, ou se o ministério poderia incentivar propostas alternativas.

As propostas que foram debatidas e constam nos documentos oficiais nesse período foram as de “Equipes em transição para a estratégia de Saúde da Família” e “Equipes Matriciais”<sup>71</sup>. Na primeira modalidade, o principal objetivo era induzir o processo de transição para a estratégia de Saúde da Família a partir da rede existente, que contava com grande número de unidades e profissionais de diferentes especialidades. Já a segunda, visava a resolutividade no âmbito da atenção básica nas questões referentes à saúde mental, reabilitação, atividades físicas e práticas complementares.

Após exaustivo debate no Conselho Nacional de Saúde - centrado principalmente na questão da carga horária de 20h para médicos e dentistas e no financiamento federal que previa ampliação de 40% do valor de custeio às equipes de saúde da família - a proposta de equipe em transição não foi aprovada. Já em relação às equipes matriciais, cabe assinalar que elas foram substituídas por uma nova proposta, denominada Núcleos Integrais de Saúde, que seria aprimorada e aprovada em 2008.

Segundo parte dos entrevistados, alguns indícios da existência de visões em disputa no interior do Ministério da Saúde entre 2003 e 2005, que tiveram repercussão para o Saúde da Família foram: as mudanças na condução dos Pólos de Educação Permanente<sup>72</sup>; e dificuldades

---

<sup>70</sup> Como exemplo de documentos tem-se o Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 2005b) e o Pacto pela Vida (BRASIL, 2006a).

<sup>71</sup> A equipe em transição seria composta por: 1 enfermeiro (40 h/semana); 1 auxiliar ou técnico em enfermagem (40h/ semana); 4 a 6 ACS (40 h/semana cada); 2 médicos (20 h/semana cada) – turnos diferentes, com garantia de atendimento em clínica médica, pediatria e gineco-obstetrícia; 1 ACD ou THD (40 h/semana); 1 dentista (40 h/semana) ou; 2 dentistas (20 h/semana cada) – turnos diferentes. Já a equipe matricial contaria com profissionais que não são contemplados na equipe mínima de saúde da família e seria um núcleo de apoio, referência para as equipes do PSF.

<sup>72</sup> Os Pólos de Capacitação em Saúde da Família tiveram início no final da década de 1990 e posteriormente foram convertidos em Pólos de Educação Permanente. As mudanças na condução desses Pólos foram apontadas em entrevistas como relacionadas ao movimento de extinção da área de qualificação e capacitação no interior do DAB e consequente deslocamento de suas atribuições e recursos disponíveis – inclusive do componente de recursos humanos do PROESF - para a recém criada SEGETS. Nesse sentido, aponta-se que as discussões nos pólos passam a incorporar outros temas e não somente os relevantes para a estratégia de Saúde da Família.

na implementação do PROESF<sup>73</sup>. Na opinião de um dos entrevistados, havia uma contradição imensa entre o discurso oficial, de que a Saúde da Família era prioridade, e o que se fez em termos de investimento em estratégias estruturantes para a Saúde da Família<sup>74</sup>.

Se no começo do governo havia alguma dúvida em relação à estratégia de indução da organização da atenção básica a ser adotada, a partir de 2006 é notório que a dúvida não persistiu. Ainda que em meio a questionamentos e visões distintas, o modelo do PSF conforme configurado em 1994/1995 se reafirmou como a estratégia prioritária para a atenção básica a ser induzida e apoiada pelo gestor federal<sup>75</sup>.

Por último vale destacar a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs). A discussão sobre a criação destes núcleos de apoio não é recente. Desde 2004 este tema era pauta das reuniões da CIT e CNS, porém a proposta denominava-se Núcleo de Saúde Integral. O quadro abaixo destaca os principais aspectos das duas propostas.

---

<sup>73</sup> Segundo informações obtidas em entrevista, a primeira fase do PROESF, que tinha duração prevista de dois anos, chegara ao final desse período com apenas 30% de execução orçamentária. De acordo com um dos entrevistados, a condução do projeto foi lenta devido aos questionamentos sobre a adequação do modelo vigente do PSF.

<sup>74</sup> Em consonância com esta opinião, em trabalho recente Campos (2008) sublinha que os sistemas com base em atenção primária buscam alcançar inscrição de pelo menos 80% da população. Para que isso ocorra no Brasil seriam necessários 60 mil médicos e enfermeiros de família com formação adequada para a atuação no programa. Entretanto, na opinião do autor não há projetos consistentes nesse sentido.

<sup>75</sup> Cabe mencionar que nas entrevistas representantes do CONASS E CONASEMS não apresentaram uma visão tão contundente sobre inflexões em relação à centralidade do PSF na agenda federal. Na visão destes atores, desde sua criação o programa tem sido prioritário na agenda de federal, perpassando diferentes governos.

**Quadro 3. 4 - Quadro comparativo entre a proposta do Núcleo de Saúde Integral e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família**

Principais aspectos	Núcleo de Saúde Integral (2004)	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (2008)
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qualificar Atenção Básica com ênfase na estratégia Saúde da Família, ampliando a resolubilidade e integralidade das ações;</li> <li>▪ Ampliar o acesso às ações de Atividade Física, Saúde Mental, Reabilitação, Alimentação e Nutrição e Serviço Social;</li> <li>▪ Ampliar a implementação de práticas que contribuem para a construção do cuidado em saúde, na perspectiva do auto-cuidado;</li> <li>▪ Promover a autonomia dos usuários e famílias e fortalecer a cidadania.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.</li> </ul>
<b>Diretrizes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Integralidade da Atenção;</li> <li>▪ Multiprofissionalidade e transdisciplinaridade - responsabilização compartilhada;</li> <li>▪ Base territorial - vínculo e responsabilização;</li> <li>▪ Promoção da Saúde;</li> <li>▪ Humanização da Atenção;</li> <li>▪ Promoção do autocuidado e fortalecimento da cidadania.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Integralidade da Atenção;</li> <li>▪ Multiprofissionalidade e transdisciplinaridade - responsabilização compartilhada;</li> <li>▪ Base territorial - vínculo e responsabilização;</li> <li>▪ Qualificação e complementaridade do trabalho das equipes de saúde da família;</li> <li>▪ Promoção da Saúde;</li> <li>▪ Humanização da Atenção;</li> <li>▪ Promoção do autocuidado e fortalecimento da cidadania.</li> </ul>
<b>Modalidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alimentação e Nutrição;</li> <li>▪ Atividade Física;</li> <li>▪ Reabilitação ;</li> <li>▪ Saúde Mental ;</li> <li>▪ Serviço Social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ NASF 1: composto por no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes. Poderão compor o NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de ocupações – CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional;</li> <li>▪ NASF 2 : composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes. Poderão compor o NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de ocupações – CBO: Assistente Social; profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.</li> </ul>
<b>Processo de Implantação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O município pode implantar o Núcleo com todas as suas modalidades ou poderá optar por realizar a implantação das modalidades separadamente, de acordo com as necessidades de saúde locais;</li> <li>▪ Implantação do Núcleo com as três modalidades:</li> <li>▪ Amazônia Legal - população maior ou igual a 30 mil habitantes e no mínimo 7 ESF</li> <li>▪ Demais regiões do país - população maior ou igual a 40 mil habitantes e no mínimo 9 ESF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ É vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e Distrito Federal;</li> <li>▪ Cada NASF 1 deve realizar suas atividades vinculado a no mínimo, 8 equipes de saúde da família, e a no máximo, 20 equipes de saúde da família;</li> <li>▪ Excepcionalmente, nos municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da região Norte, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a , no mínimo, 5 equipes de saúde da família, e a no máximo 20 equipes de de saúde da família;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implantação do Núcleo Atividade Física: É possível a implantação em municípios que ainda não se organizam pela estratégia SF ou que possuam menos de 7 ESF, na Amazônia Legal e menos de 9 ESF nas demais regiões do país, guardada a proporção 1 Núcleo para cada 40 mil hab (demais regiões) ou 30 mil hab (na Amazônia Legal).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O número máximo de NASF 1 aos quais o Município e o Distrito Federal podem fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pelas fórmulas: I - para Municípios com menos de 100.000 habitantes de Estados da Região Norte = número de ESF do Município/5; e II - para Municípios com 100.000 habitantes ou mais da Região Norte e para Municípios das demais unidades da Federação = número de ESF do Município/8.</li> <li>▪ Cada NASF 2 deve realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família. O número máximo de NASF 2 aos quais o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2.</li> </ul>
<b>Mecanismo de adesão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaboração do Plano Municipal de Implantação dos Núcleos e aprovação no CMS;</li> <li>▪ Homologação do Plano na CIB;</li> <li>▪ Encaminhamento pela CIB da documentação ao DAB / SAS / MS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaboração do projeto de Implantação;</li> <li>▪ Homologação do projeto de implantação pelos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde ou a sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar seu projeto ao Ministério da Saúde;</li> <li>▪ A Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional terá o prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo para sua análise e encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite - CIB. Vencido o prazo fixado, o Município poderá enviar a solicitação de credenciamento com o protocolo de entrada na SES que comprove a expiração do prazo diretamente ao Ministério da Saúde.</li> </ul>
<b>Atribuições do município</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaborar, executar, acompanhar e avaliar a implementação dos Núcleos;</li> <li>▪ Garantir recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades;</li> <li>▪ Estabelecer estratégias de parceria com os demais setores da sociedade;</li> <li>▪ Integrar os Núcleos ao sistema de saúde local.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Definir a composição dos NASF, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações;</li> <li>▪ Definir o território de cada NASF;</li> <li>▪ Planejar as ações que serão realizadas pelos NASF,</li> <li>▪ Definir o plano de ação do NASF em conjunto com as ESF;</li> <li>▪ Selecionar, contratar e remunerar os profissionais para os NASF, em conformidade com a legislação vigente;</li> <li>▪ Manter atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos sob sua gestão;</li> <li>▪ Disponibilizar a estrutura física adequada para garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades dos NASF;</li> <li>▪ Realizar avaliação de cada NASF;</li> <li>▪ Assegurar o cumprimento da carga horária dos profissionais de cada NASF;</li> <li>▪ Estabelecer estratégias para desenvolver parcerias com os demais</li> </ul>

		setores da sociedade e envolver a comunidade local no cuidado à saúde da população de referência, de modo a potencializar o funcionamento do NASF.
<b>Atribuições do estado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contribuir para a implementação da proposta apoiando os municípios técnica e financeiramente e realizar o acompanhamento e avaliação do desenvolvimento das ações dos Núcleos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar a necessidade e promover a articulação entre os Municípios, estimulando, quando necessário, a criação de consórcios intermunicipais para implantação de NASF 1 entre os Municípios que não atinjam as proporções estipuladas no artigo 5º da Portaria GM nº 154;</li> <li>▪ Assessorar, acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações dos NASF,;</li> <li>▪ Realizar avaliação e/ou assessorar sua realização;</li> <li>▪ Acompanhar a organização da prática e do funcionamento dos NASF segundo os preceitos regulamentados na Portaria GM nº 154.</li> </ul>
<b>Financiamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O valor do incentivo irá variar de acordo com a composição dos núcleos, atendendo às necessidades específicas de cada município;</li> <li>▪ Ao implantar as demais modalidades, os municípios passarão a receber o incentivo integral;</li> <li>▪ Incentivo federal de Implantação:</li> <li>▪ Incentivo por modalidade de ação: R\$ 1.000,00</li> <li>▪ Incentivo por Núcleo com três modalidades: R\$ 3.000,00.</li> <li>▪ Incentivo federal de custeio:</li> <li>▪ Implantação por modalidade, composição mínima de 2 profissionais:</li> <li>▪ Reabilitação – R\$ 1.500,00</li> <li>▪ Saúde Mental – R\$ 1.500,00</li> <li>▪ Atividade Física e Saúde 1- R\$ 1.200,00</li> <li>▪ Atividade Física e Saúde 2 - R\$ 1.900,00</li> <li>▪ Implantação do Núcleo com três modalidades, equipe mínima de 5 profissionais: R\$: 5.400,00</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incentivo federal de Implantação (parcela única):</li> <li>▪ NASF 1: o valor de R\$ 20.000,00 (em pare</li> <li>▪ NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00</li> <li>▪</li> <li>▪ Incentivo federal de custeio (a cada mês):</li> <li>▪ NASF 1: o valor de 20.000,00</li> <li>▪ NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00</li> <li>▪ Os valores dos incentivos financeiros para os NASF implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria a partir do anexo Núcleo de Saúde Integral disponível na página da Internet Descentralização online <http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/debates.cfm> e da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

Nota: Na reunião da CIT de 21/06/2007 a proposta de Núcleo de Saúde Integral é modificada, e passa a ser denominada Núcleo de Atenção Integral, alegando que com a nova proposta, os municípios teriam mais flexibilidade para adequar a composição de suas equipes às realidades de cada localidade. Em agosto surge a proposta dos NASFs.

A criação dos NASFs representou uma significativa inovação na política de atenção básica. Com o objetivo de “*ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica*”<sup>76</sup>, estes núcleos sinalizam a mudança de postura do gestor federal e o enfrentamento de antigas questões que demandavam ajustes.

A primeira delas refere-se à ampliação do escopo das ações no âmbito da atenção básica. Sabe-se que atualmente no Brasil grande parte dos problemas de saúde não são solucionados no primeiro nível de atenção, e muitas vezes sequer passam por este nível. Na prática, principalmente nos grandes centros, a porta de entrada preferencial do sistema ainda são as grandes emergências e Pronto Atendimentos. Isso se deve a diferentes fatores já problematizados no capítulo anterior, entretanto permanece o desafio de garantir a efetividade e resolutividade das ações desenvolvidas na atenção básica.

Outra questão diretamente relacionada com a anterior, diz respeito aos profissionais que atuam na atenção básica. A inclusão das especialidades médicas básicas – ginecologia e pediatria – e de outros profissionais de saúde sempre foi uma reivindicação das diferentes categorias profissionais do setor, por motivos que vão desde a preocupação com a atenção integral ao paciente, até aspirações de cunho corporativista. No entanto, ainda que o Ministério da Saúde reconhecesse a necessidade de ampliar a equipe multiprofissional atuante na atenção básica, este não admitia a incorporação de outros profissionais de saúde na porta de entrada, cujo modelo prioritário era o PSF, apoiado na idéia da porta de entrada constituída por médico generalista.

O papel desses núcleos é exercer uma relação de apoio matricial às equipes de saúde da família e não constituem porta de entrada do sistema, característica bastante enfatizada no conteúdo normativo da política e na fala dos dirigentes. Somente o acompanhamento e a realização de estudos de implementação poderão apontar qual foi o impacto destas estruturas nos sistemas de saúde locais.

Sem dúvidas a criação dos NASFs representou um marco e suscita algumas reflexões importantes acerca de sua inserção na política nacional de atenção primária à saúde. A primeira refere-se à incorporação de diferentes profissionais de saúde na atenção básica. Ao definir a inclusão destes profissionais em núcleos de apoio e não na equipe mínima, reafirma-se o desenho inicial do PSF, que só comporta o médico generalista na porta de entrada. Nesse

---

<sup>76</sup> Este objetivo está explicitado no artigo 1º da portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, que cria os NASFs.

sentido, os NASFs se configuram como uma proposta de solução para algumas das tensões do período anterior – 2003 a 2005 – quando se discutiu a flexibilização do PSF e a possibilidade de estímulo a outros modelos de atenção básica, mantendo o desenho original do PSF.

A segunda questão se relaciona às razões que motivaram o gestor federal a incorporar esses profissionais. Como visto anteriormente um dos motivos foi atender as demandas de diferentes corporações que fizeram grande pressão, principalmente no Conselho Nacional de Saúde. Mas talvez a questão de fundo que tenha disparado o processo de construção do NASF tenha sido o reconhecimento de que o generalista não está dando conta de solucionar a gama de problemas de saúde que frequentemente aparecem nas unidades de saúde. Isto se deve em parte a problemas na formação dos médicos no Brasil, ainda centrado na atuação especializada e/ou hospitalar. Embora esforços tenham sido empreendidos no sentido de enfrentar o desafio educacional, ainda há muitas mudanças a serem implementadas para que tenhamos médicos capacitados para exercer de forma eficaz a função de filtro que lhes é atribuída.

Em suma, é possível identificar elementos de continuidade e mudança na condução federal da política nacional de atenção básica no governo Lula. A ênfase na estratégia de Saúde da Família permanece ao longo de todo o período analisado, representando a não ruptura com o modelo anterior de condução desta política, embora tenha havido um momento de questionamento do programa enquanto estratégia única para reorganização da atenção básica no SUS. Destaca-se a presença de visões distintas em relação ao modelo de atenção básica, inserção e desenho original do PSF no período de 2003 a 2005. Já no período seguinte, 2006 a 2008, identificam-se a reafirmação da estratégia de Saúde da Família e a criação de medidas de reforço da atenção básica bastante vinculadas ao PSF. A inovação mais expressiva pode ser atribuída a criação dos NASFs, que representou a reafirmação do modelo de PSF em vigor desde sua criação no ano de 1994, deslocando o debate da flexibilização da porta de entrada para o âmbito do apoio às equipes de saúde da família, constituídas nos moldes originais. Com isso evidencia-se que o PSF é uma política de elevado grau de institucionalidade, perpassando sucessivas gestões federais.

## **Capítulo 4 – O modelo de intervenção federal na APS: a ênfase na regulação e no financiamento**

Ao analisar como as quatro grandes funções do Ministério da Saúde se expressaram no que diz respeito à atenção primária à saúde ao longo do período de estudo, foi possível identificar elementos de continuidade e mudança em relação ao período anterior. Observou-se redução na função de execução direta das ações e serviços de saúde, fragilidades no que diz respeito ao planejamento e ênfase na regulação e no papel de financiador de políticas e programas.

Ainda que em um momento de nova conjuntura, o poder de regulação do Ministério da Saúde permanece sendo exercido através da edição de centenas de portarias federais. O financiamento por sua vez também mantém o padrão do período anterior, ou seja, os recursos são vinculados aos programas prioritários do ministério, não podendo ser redirecionados para outros fins e são repassados mediante atendimento das exigências impostas pelo gestor federal, sem levar em consideração a heterogeneidade dos municípios brasileiros.

A seguir serão apresentados os principais achados da pesquisa. Dado que a prestação de serviços ambulatoriais pelo ministério é residual e a ênfase no período permaneceu sendo a regulação atrelada a mecanismos de financiamento, optou-se por expor primeiramente os dados referentes à função de prestação direta de ações e serviços de saúde e na seqüência abordar os resultados relativos às demais funções.

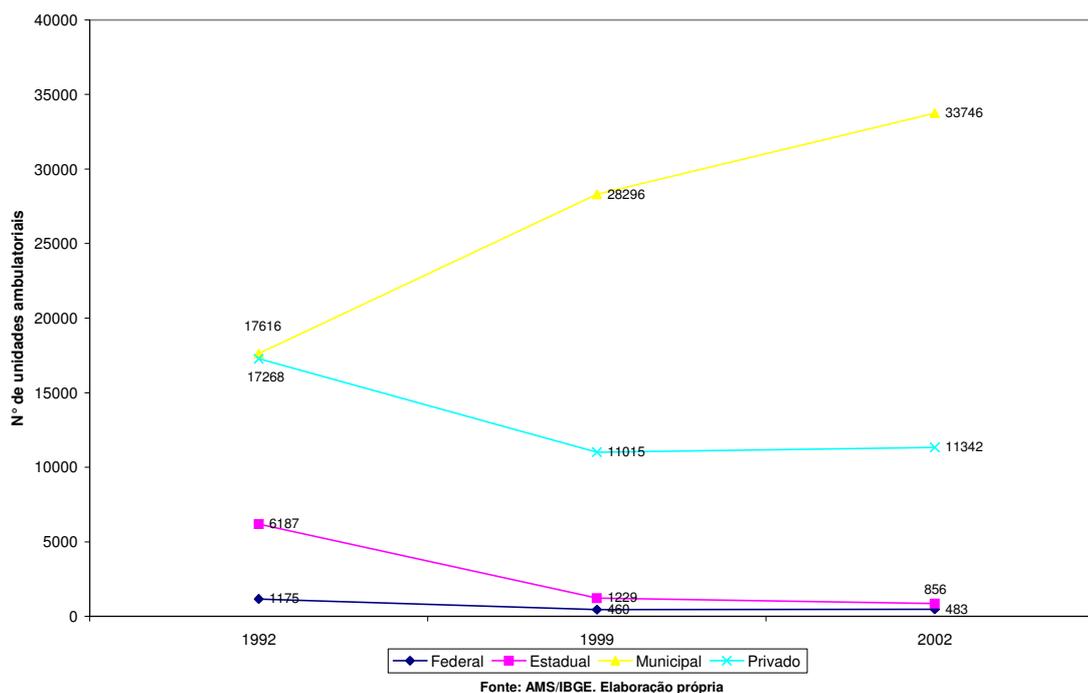
### ***Execução direta de ações e serviços***

A década de 1990 foi marcada por avanços no movimento de descentralização político-administrativa, com ênfase na municipalização, e por grande investimento na universalização do acesso através da APS. Consequentemente houve progressiva transferência de responsabilidades pela execução direta de ações e serviços a estados e municípios, principalmente os ambulatoriais.

A retração da atuação federal na prestação direta de serviços de saúde é coerente com um movimento mais geral de redefinição do papel do Estado, que reduz sua responsabilidade de provedor, mas continua a financiar, coordenar e regular. Na saúde, tal redução se relaciona

com o processo de descentralização político-administrativa e redefinição dos atributos das três esferas de governo, com deslocamento da função de prestação direta principalmente para os municípios, o que é bastante evidente no caso dos serviços ambulatoriais. A figura abaixo revela as principais mudanças ocorridas no período de 1992 a 2002<sup>77</sup> no que diz respeito ao número de unidades ambulatoriais segundo esfera administrativa.

Figura 4.1 - Evolução do n° de unidades ambulatoriais segundo esfera administrativa. Brasil, 1992, 1999 e 2002.

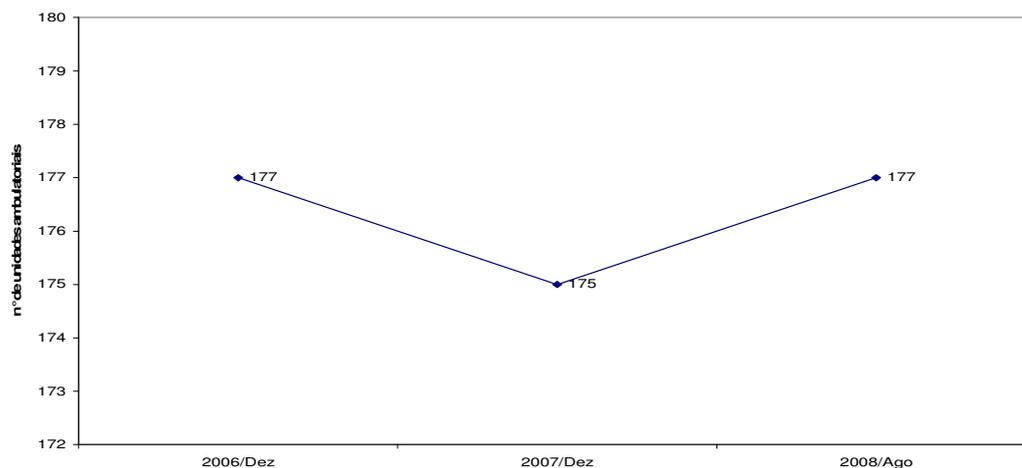


É possível observar que ocorreu uma mudança expressiva na função de prestação direta de serviços de atenção primária à saúde do gestor federal, com significativa redução do número de unidades ambulatoriais federais naquele período. Segundo dados da AMS/IBGE (2002), a participação proporcional de unidades federais ambulatoriais em relação ao total de unidades ambulatoriais caiu de 2,78% em 1990, para 1,12% em 1999, chegando ao final da década expandida, em 2002, com 1,04%. O mesmo ocorreu com os serviços ambulatoriais sob gestão estadual. Por outro lado, observa-se crescimento acentuado em todo o período dos serviços municipais. Já os serviços ambulatoriais privados, embora também tenham seguido a tendência de redução de suas unidades, apresentaram movimento de mudança em menor escala.

<sup>77</sup> Não foi possível acessar dados recentes da AMS por esfera administrativa referentes ao período de estudo da pesquisa, porém a autora julgou importante manter os dados do período anterior (1998-2002) para enriquecer a discussão aqui exposta.

No caso da esfera federal, dados mais recentes, obtidos de outra fonte, sugerem que a gestão direta de unidades ambulatoriais é pequena e que a tendência de redução do número dessas unidades estabilizou nos últimos anos, como ilustra a figura abaixo, referente ao período de dezembro de 2006 a agosto de 2008.

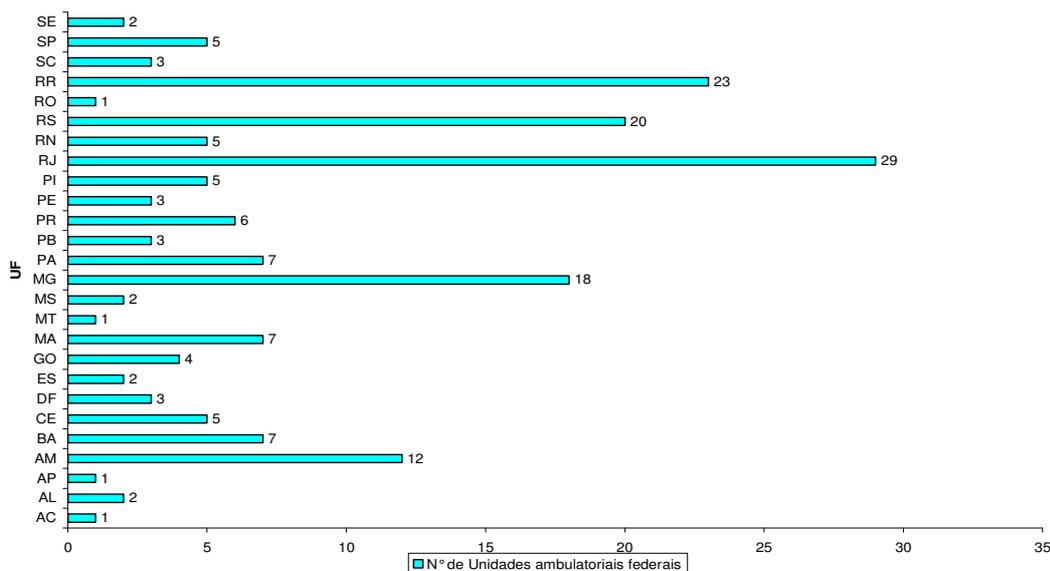
Figura 4.2 - Evolução do n° de unidades ambulatoriais federais. Brasil, 2006 a 2008.



Fonte: CNES/DATASUS. Elaboração própria.

Ao analisar a distribuição das unidades ambulatoriais federais no território nacional, observa-se que a função de prestação direta do gestor federal é limitada a poucas UFs, como pode ser visto na figura a seguir.

Figura 4.3 - N° de Unidades ambulatoriais federais, por UF. Brasil, agosto de 2008.



Fonte: CNES/DATASUS. Elaboração própria.

Nota: A informação sobre o estado de Tocantins não estava disponível no momento do acesso a base de dados.

A presença de unidades ambulatoriais sob gestão federal é particularmente expressiva nos estados do Amazonas, Roraima, Minas Gerais, Rio de Janeiro, e Rio Grande do Sul<sup>78</sup>. No caso do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul, o fato de ter sido antiga capital federal e a peculiaridade do Grupo Hospitalar Conceição<sup>79</sup>, explicam, respectivamente, o número de unidades ambulatoriais federais nessas duas localidades.

A partir da análise dos dados da oferta de serviços federais ambulatoriais, é possível sugerir que a prestação direta de serviços de atenção primária à saúde pelo gestor federal é residual e limitada a algumas realidades estaduais e locais específicos.

### ***Planejamento***

A formulação de políticas e o planejamento em saúde constituem funções fundamentais para o direcionamento da política de saúde (MACHADO, 2007a). De acordo com a regulamentação específica do SUS, essas são funções comuns às três esferas de governo, porém, como assinalam Noronha, Lima e Machado (2004), a ação dos governos federal e estadual torna-se estratégica para a redução das desigualdades loco - regionais.

No que diz respeito ao planejamento, cabe primeiramente recorrer às contribuições teóricas<sup>80</sup> sobre o tema para trazer subsídios a reflexão sobre o planejamento da política nacional de atenção básica a partir de 2003, e compreender como a atuação do gestor federal se expressou.

Um aspecto crucial a ser resgatado é que o planejamento passou por uma crise de legitimidade nas décadas de 1960/1970, cujos reflexos podem ser vistos até os dias atuais<sup>81</sup>. Nesse contexto surge o enfoque estratégico<sup>82</sup>, proposto por autores como Carlos Matus, que

---

<sup>78</sup> Estes achados corroboram a avaliação realizada por Machado (2007a) sobre a redução do papel do Ministério da Saúde de prestador direto de serviços e ações de saúde no período de 1990 a 2002. A autora aponta que apesar desse movimento ter se iniciado nos anos 1980 e ter se intensificado nos anos 1990, até o final de 2002 continua a ocorrer redução dos serviços federais hospitalares e ambulatoriais, relacionada a processos de descentralização mais tardios em algumas unidades da federação e em algumas áreas da atenção, como o controle de endemias (MACHADO, 2007a, p. 337-338).

<sup>79</sup> O Grupo Hospitalar Conceição, situado em Porto Alegre (RS), é vinculado ao Ministério da Saúde e é formado pelos hospitais Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor, Fêmeina, além de contar com doze Unidades de Saúde Comunitária.

<sup>80</sup> Para maiores detalhes sobre as principais correntes de planejamento em saúde no Brasil ver Rivera e Artmann (1999).

<sup>81</sup> De acordo com Artmann (2007), a partir de 1965 tem-se início às críticas aos elementos deficitários do método normativo e o reconhecimento de uma 'crise do planejamento'.

<sup>82</sup> A abordagem do planejamento estratégico matusiano aponta que governar exige a articulação entre três variáveis, apontadas no triângulo de governo do PES: o projeto de governo (do ator), a governabilidade (da situação), e a capacidade de governo (diz respeito à perícia, métodos e habilidades do ator que planifica).

representou um questionamento profundo, entretanto não global, da lógica de enfoque normativo (RIVEIRA, 1987).

O conceito de planejamento remete à superação da improvisação. Sua aplicabilidade na condução das políticas de saúde tem por objetivo a concretização dos princípios do SUS. Mattos, Robaina e Siqueira (2008) ressaltam a relevância da noção de capacidade de governo trazida pelo planejamento estratégico no contexto de descentralização no SUS. Os autores apontam alguns desafios, tais como o de ampliar a capacidade de governo das gestões municipais e não enrijecer com demandas externas a capacidade das gestões municipais que já a desenvolveram.

Para compreender melhor como essa função se expressou ao longo do governo Lula no âmbito da atenção básica, foram consideradas algumas das dimensões trabalhadas por Machado (2007b): (a) integração entre áreas do Ministério da Saúde; (b) estilo de definição de prioridades; (c) racionalidade de planejamento predominante; (d) dimensão temporal; (e) dimensão geográfica; (f) dimensão populacional; (g) instrumentos de planejamento; (h) intersectorialidade. Foram utilizadas como estratégias metodológicas análise documental e informações obtidas em entrevistas.

Durante o governo Lula, a atenção básica – em especial o PSF – permaneceu como uma política prioritária, com elevado grau de institucionalidade, favorecido pela continuidade na condução da política mesmo em meio à renovação das equipes técnicas de primeiro escalão. Embora tenha havido diferentes momentos no que diz respeito à valorização do tema na agenda federal, não houve rupturas ou retrocessos significativos. Isto poderia favorecer a implementação de estratégias de planejamento a médio e longo prazo. No entanto, a análise documental e as entrevistas revelaram que a realidade é outra.

Com relação à definição de prioridades para a atenção básica, foi apontado em entrevista que algumas surgem do diagnóstico situacional<sup>83</sup> realizado no nível federal, dos debates realizados nas câmaras técnicas - envolvendo outros atores tais como consultores externos e coordenadores de atenção básica dos estados -, mas também foi apontado o surgimento de questões a partir de pressões de caráter pontual das demais esferas de governo.

---

Segundo Matus (1991) essas três variáveis dão forma ao sistema. O autor ressalta ainda que o planejamento situacional nos diz que nunca se governa com total governabilidade do sistema e total capacidade de governo, devendo haver portanto um equilíbrio dinâmico entre as variáveis.

<sup>83</sup> Na proposta de Matus, o primeiro passo é identificar corretamente os problemas e explicá-los situacionalmente, a partir da apreciação situacional de cada ator. Matus (1991) critica o conceito de diagnóstico, pois afirma que este se apega a uma explicação única, supostamente objetiva, e, muitas vezes sem ator reconhecível porque, em vez de diferenciar as explicações dos diversos atores, combina-as, ou confunde-as numa só explicação genérica.

Que tipo de racionalidade embasa o diagnóstico situacional efetuado pelo nível federal no que diz respeito à atenção básica? Historicamente, a epidemiologia tem sido a disciplina utilizada para nortear as ações de saúde<sup>84</sup>. Teixeira (1999) assinala que a epidemiologia comparece como uma disciplina subsidiária, basicamente instrumental, desde o método CENDES – OPS, utilizada ao lado de outras disciplinas como economia, administração e ciências políticas, na elaboração de diagnósticos de saúde, na programação de ações e nas propostas de acompanhamento e avaliação.

No período de estudo observou-se a utilização da epidemiologia enquanto instrumento norteador no planejamento das ações e certo esforço em integrar a Secretaria de Vigilância em Saúde com a atenção básica, visando ampliar a efetividade das ações e o alcance de metas.

Ao buscar identificar quais os instrumentos de planejamento utilizados pelo gestor federal no período, é possível observar uma contribuição da epidemiologia no âmbito do Pacto de Indicadores da Atenção Básica. De acordo com Mattos, Robaina e Siqueira (2008), o processo de pactuação - realizado desde 1999 - surge enquanto resposta aos dilemas de conduzir o processo de descentralização em saúde em um contexto federativo, composto por três entes, onde relações hierárquicas inexistem no plano jurídico. Nesse contexto, a autonomia plena desacompanhada de acordos básicos sobre quais as responsabilidades de cada ente da federação no que diz respeito ao dever do Estado em garantir a saúde, pode produzir uma fragmentação e agravar a desigualdade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde. Além disso, os autores ressaltam que um dos propósitos de sua criação era desencadear uma mudança no modelo assistencial a partir das estratégias de fortalecimento da atenção básica e de adoção do PSF como forma ideal de organização desse nível de atenção.

Ainda tomando como base a discussão efetuada por Mattos, Robaina e Siqueira (2008) é possível elencar alguns pontos frágeis desse processo. Dentre eles, destaca-se o fato de ser desencadeado por procedimentos normativos de cálculo - a partir de planilhas com certos indicadores previamente selecionados com os valores já calculados por município - sem envolvimento do gestor local. Os autores enfatizam que um gestor local precisa articular conhecimentos sobre o processo de construção de cada indicador com o conhecimento que tem de sua realidade local, pois só assim faz sentido o uso de indicadores para identificar problemas e propor soluções.

Em uma das entrevistas tornam-se claras as implicações da lógica do Pacto da Atenção Básica – baseada em pactuação de metas a partir de planilhas com indicadores pré-definidos -

---

<sup>84</sup> Como visto no capítulo 2.

quando foi transposta para o Pacto pela Vida, na ocasião da divulgação do Pacto pela Saúde em 2006. Na época da implantação do Pacto pela Vida, foi diagnosticado que os estados e municípios estavam propondo metas muito aquém do esforço esperado em um pacto nacional para melhoria dos resultados de saúde da população, em virtude da preocupação destes com os órgãos de controle. A justificativa apontada para o receio frente à atuação mais incisiva desses órgãos era que se esperava um processo semelhante ao do Pacto da Atenção Básica, ou seja, sem cobranças caso não se alcançasse os resultados.

Como estratégia de superação deste modelo meramente burocrático, foi apontado o reconhecimento do mérito daqueles que estão cumprindo as pactuações e publicização de todos os resultados. O argumento utilizado para a escolha dessa estratégia foi que quase todos os gestores têm ambições políticas, portanto é de seu interesse que sejam divulgadas as suas realizações; o contrário ocorre frente a resultados insatisfatórios. Entretanto, apontou-se como um tabu dentro do Ministério da Saúde nominar os municípios que tiveram mau desempenho.

Quando questionados sobre o papel do Ministério da Saúde na condução da política de atenção primária à saúde, alguns entrevistados citaram: “formular e induzir políticas nacionais”; “fazer diagnóstico, levantar hipóteses sobre os problemas, e a partir daí propor soluções”; “planejamento normativo”. A visão dos dirigentes revela a predominância de uma concepção normativa de planejamento. A utilização escassa de estratégias de planejamento foi apontada como um aspecto crítico no âmbito federal. Embora tenha havido reconhecimento de esforços recentes no sentido de retomada da priorização desse processo, alguns entrevistados afirmaram que o planejamento está em descrédito na área da saúde e atribuíram este fato à crise da planificação e a associação errônea entre planejamento e burocracia demasiada<sup>85</sup>. Foi destacado o predomínio de estratégias de curto prazo e a ausência de planejamento integrado de médio e longo prazos. Um dos entrevistados afirmou que se trabalha muito na base do imprevisto, com objetivo de “apagar incêndios”.

Em 2004, pela primeira vez na história do Sistema Único de Saúde ocorre a formulação na esfera federal de um Plano Nacional de Saúde (PNS) quadrienal. Os desafios a serem enfrentados foram evidenciados a partir da análise situacional realizada, permitindo assim a definição de prioridades e diretrizes de ação. Foi atribuída à Secretaria Executiva do

---

<sup>85</sup> Machado (2007a) aponta que na história brasileira o planejamento nacional foi mais forte no modelo de Estado interventor e em períodos de autoritarismo político. Um grande desafio citado pela autora na transição democrática dos anos 1980 seria construir projeto de Estado e de planejamento nacional nesse novo contexto, o que não ocorre, pois os anos 1990 foram marcados não só pela democratização, mas também pelo liberalismo econômico, pouco afeto ao planejamento estatal.

Ministério da Saúde a responsabilidade pelo processo de gestão, monitoramento e avaliação do PNS.

De acordo com o documento:

“o processo de planejamento no contexto da saúde deve considerar que a decisão de um gestor sobre quais ações desenvolver é fruto da interação entre a percepção do Governo e os interesses da sociedade. Dessa interação – motivada pela busca de soluções para os problemas de uma população – resulta a implementação de um plano capaz de modificar o quadro atual, de modo a alcançar-se uma nova situação em que haja melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde e bem-estar e apoio ao desenvolvimento social desta mesma população. Nesse sentido, o planejamento das ações de saúde necessárias a uma comunidade – por intermédio do plano – concretiza a responsabilização dos gestores pela saúde da população (BRASIL, 2005b, p.3)”.

A concepção de planejamento explicitada no PNS resgata o compromisso compartilhado entre os gestores na garantia da efetivação dos princípios do SUS. Para acompanhamento do alcance dos objetivos propostos, foram estabelecidas diversas metas nacionais a médio prazo (2004-2007), baseadas nos dados existentes nos sistemas de informação de base nacional. Cabe ponderar que o próprio documento assinala a necessidade de se considerar na avaliação dos indicadores a heterogeneidade na cobertura e a qualidade das informações desses sistemas nas diferentes regiões e estados brasileiros.

No item do Plano Nacional de Saúde referente à gestão, a atenção básica não aparece como uma das 16 principais iniciativas. Entretanto, a efetivação da atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS - usando estratégias de atendimento integral a exemplo da saúde da família –promovendo a intersetorialidade com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde, é apontada como um dos objetivos em relação às linhas de atenção à saúde.

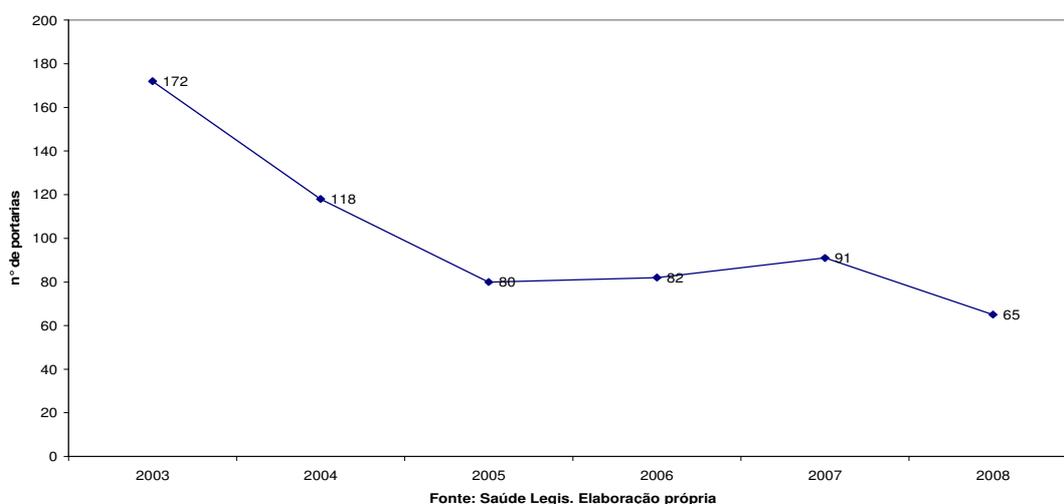
No que concerne à dimensão geográfica, no período de estudo ocorreram iniciativas visando adequar a política nacional às diferentes realidades regionais e locais deste país imenso e desigual, que serão apontadas nos tópicos a seguir. Porém ainda predominam políticas de corte nacional, permanecendo o desafio de combater as desigualdades regionais.

Em síntese, a análise realizada sugere um déficit do planejamento em âmbito federal no que se refere à atenção primária à saúde, com predomínio de uma concepção de planejamento normativo e escassez de estratégias a médio e longo prazo. Ainda que em uma nova conjuntura, é possível observar elevado grau de continuidade no modelo de intervenção do Ministério da Saúde em relação à gestão anterior, cuja ênfase foi a regulação e o financiamento, funções que serão discutidas a seguir.

## Regulação

A função federal de regulação na saúde se exerce principalmente por meio de portarias atreladas a mecanismos financeiros. O período de janeiro de 2003 a junho de 2008 é marcado pelo grande volume de portarias relevantes para a atenção básica, um total de 608 portarias, como mostra a Figura 4.4.

Figura 4.4 Evolução do número de portarias relevantes para atenção básica. Brasil, janeiro de 2003 a junho de 2008.



Quanto à autoria, o Quadro 4.1 mostra a expressiva participação do Gabinete do Ministro na edição das portarias referentes à atenção básica, o que pode ser explicado pelo grande peso das portarias de habilitação.

Quadro 4.1 - Portarias do Ministério da Saúde referentes à atenção básica, segundo autor. Brasil, janeiro de 2003 a junho de 2008.

GM: Gabinete do Ministro; SAS: Secretaria de Atenção à Saúde; SE: Secretaria Executiva; SGTES: Secretaria de Gestão do trabalho e da

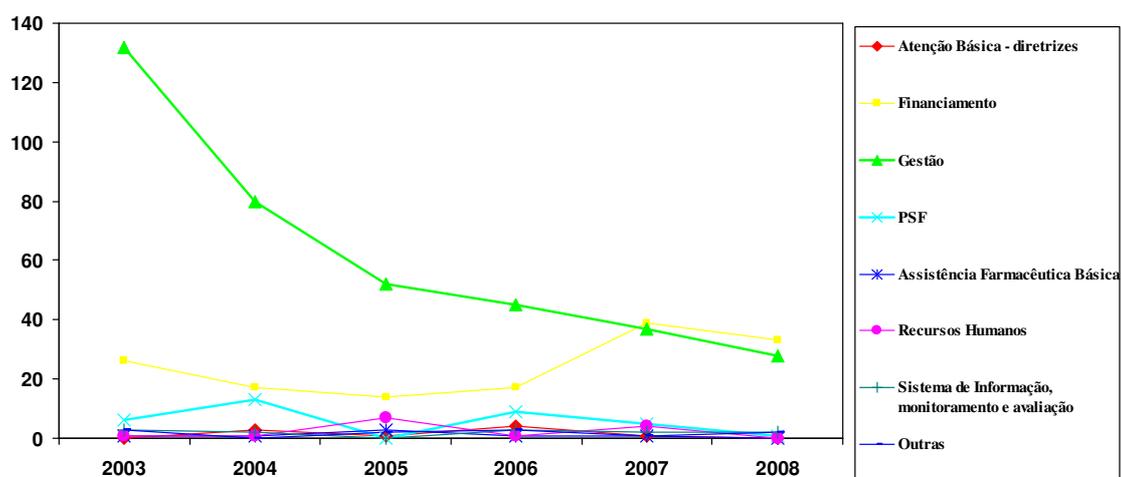
Ano	GM	SAS	SE/SAS	SE	SGETS	SAS/SGTES	SVS	SCTIE	GM/MEC	total
2003	160	2	7	1	2	0	0	0	0	172
2004	102	3	2	8	1	0	1	1	0	118
2005	71	0	2	4	0	0	0	3	0	80
2006	64	3	2	0	0	1	0	11	1	82
2007	64	23	1	0	0	0	0	0	3	91
2008	55	10	0	0	0	0	0	0	0	65
<b>Total</b>	<b>516</b>	<b>41</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>608</b>

Educação na Saúde; SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde; SCTIE: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; MEC: Ministério da Educação.

Fonte: Elaboração própria a partir da página da Internet do Saúde Legis, disponível em [http://portal.saude.gov.br/saudelegis/leg\\_norma\\_pesq\\_consulta.cfm](http://portal.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm)

Considerando a classificação adotada neste estudo<sup>86</sup>, destacam-se na maior parte do período em termos quantitativos as portarias de gestão, seguidas pelas portarias de financiamento, como ilustra a figura abaixo.

**Figura 4.5 - Portarias relevantes para a atenção básica segundo grupos temáticos. Brasil, janeiro de 2003 a junho de 2008.**



Fonte: Elaboração própria a partir da página da internet do Saúde Legis.

A seguir será apresentada a sistematização e análise das portarias segundo grupo temático. Em cada grupo serão destacadas as principais mudanças observadas no período de estudo. Posteriormente serão apresentados separadamente os resultados referentes à análise dos instrumentos legais.

#### *Portarias do grupo Atenção Básica – diretrizes*

Fazem parte deste grupo temático as portarias que estabelecem diretrizes e normas gerais da política nacional de atenção básica e que possibilitam compreender como a atenção básica se insere na política nacional de saúde e qual o escopo dessa política.

No primeiro ano de governo não houve edição de portarias referentes a este grupo. Isto é bastante significativo, visto que o principal mecanismo de regulação federal no que diz

<sup>86</sup> Ver o item “Metodologia”.

respeito à organização e assistência no âmbito da atenção básica é a edição de portarias. É provável que a preocupação do gestor federal neste momento estivesse relacionada ao financiamento, em especial o reajuste dos principais incentivos da atenção básica.

Em 2004, na perspectiva de consolidação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, é editada uma portaria que incorpora à atenção básica o tratamento do tabagismo, ou seja, que introduz o apoio à cessação de fumar nas unidades básicas do SUS, ampliando assim a oferta de serviços nesse nível da atenção. Destaque-se também a adoção de medidas voltadas para a atenção integral aos usuários de álcool e drogas.

Nesse ano também é lançada a portaria que aprova o Plano Nacional de Saúde (PNS). A atenção básica e o Programa de Saúde da Família aparecem nos objetivos, diretrizes e metas nacionais em relação às linhas de atenção à saúde, com metas de ampliação do número de equipes, tanto de saúde da família como de saúde bucal; implantação do PROESF em todos os municípios com mais de 100 mil habitantes e qualificação da atenção básica em 80% das unidades de saúde da família.

Os anos de 2005, 2006 e 2007 são caracterizados pela aprovação de uma série de políticas que ampliam as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos neste âmbito de atenção, tais como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; a Política Nacional de Promoção da Saúde, e a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares foi aprovada na reunião da Comissão Intergestores Tripartite de fevereiro de 2005. Antes de ser submetida ao Conselho Nacional de Saúde, chamava-se Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares do SUS. Seu nome foi alterado porque na visão do Conselho “Medicina Natural e Práticas Complementares” restringia essa prática apenas à profissão médica. Essa política fora definida com objetivo de atender a necessidade de se apoiar, incorporar e implementar experiências que já vinham sendo desenvolvidas na rede pública em alguns estados e municípios.

As políticas de Promoção da Saúde e Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas foram concretizadas no bojo da implementação do Pacto pela Vida, que aponta dentre as suas macro-prioridades a promoção da saúde.

A principal publicação no que diz respeito à atenção básica foi a Política Nacional de Atenção Básica, de 2006, que estabelece as diretrizes e normas para organização da atenção básica, para o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agente Comunitários de Saúde.

Em 2007 foi expedida a portaria que regulamenta a atenção à saúde indígena e determina que a coordenação e a execução dessas ações ocorreriam por intermédio da

FUNASA, com participação do controle social indígena, em articulação com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), e complementarmente pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, em conformidade com as políticas e diretrizes definidas para atenção à saúde dos povos indígenas.

Em termos gerais, a principal característica que define a produção normativa desse grupo foi a ampliação do escopo das ações no âmbito da atenção básica, com destaque para ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

#### *Portarias de Gestão*

Este grupo inclui todas as portarias referentes à habilitação de municípios conforme a NOAS SUS 01/2002, bem como: alterações nos critérios de habilitação regidos por esta norma; credenciamento/descredenciamento de municípios e equipes de saúde da família; notificação de municípios; homologação de termos de compromisso de gestão, de acordo com o Pacto pela Saúde 2006. Além disto, compõem este grupo portarias de caráter administrativo, tais como: aprovação de convocatória/consulta pública; criação de Grupo/Comitê Técnico ou Comissão; aprovação de cronogramas e planos de trabalho; prorrogação de prazos; nomeação de coordenação; aquisição de materiais.

Tendo em vista a magnitude deste grupo, que apresentou 374 portarias, o equivalente a 61,5% do total expedido no período, as portarias que o compõem foram divididas em quatro subgrupos: habilitações; regulamentação das habilitações de estados e municípios; rotinas administrativas; homologação de termos de compromisso. A Tabela 4.1 mostra a distribuição das portarias de gestão segundo subgrupo.

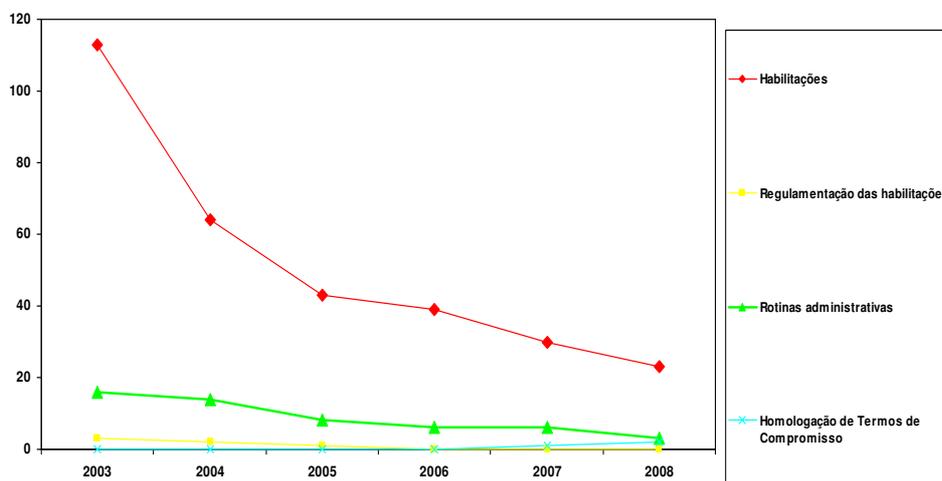
**Tabela 4. 1 – Distribuição das portarias do grupo Gestão segundo subgrupo.**

Gestão	Anos						Total
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Habilitações	113	64	43	39	30	23	312
Regulamentação das habilitações de estados e municípios	3	2	1	0	0	0	6
Rotinas administrativas	16	14	8	6	6	3	53
Homologação de Termos de Compromisso	0	0	0	0	1	2	3
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>80</b>	<b>52</b>	<b>45</b>	<b>37</b>	<b>28</b>	<b>374</b>

Fonte: Elaboração própria a partir da página da *internet* do Saúde Legis.

Durante o período é significativa a presença de portarias de habilitações, embora com tendência descendente. A Figura 4.6 permite visualizar melhor como se comportaram as portarias deste grupo no período analisado.

**Figura 4.6 - Portarias do Ministério da Saúde do grupo Gestão. Brasil, janeiro de 2003 a junho de 2008.**



Fonte: Elaboração própria a partir da página da internet do *Saúde Legis*.

O decréscimo na linha correspondente às habilitações a partir de 2004 se justifica a partir de dois fatos: a instituição de única forma de habilitação para os municípios<sup>87</sup>, e o Pacto pela Saúde 2006<sup>88</sup>, que substituiu o processo de habilitação de estados e municípios e instituiu a assinatura de Termos de Compromisso de Gestão como a nova forma de acordo entre as diferentes esferas gestoras.

O segundo subgrupo com maior volume de portarias do grupo Gestão é o de rotinas administrativas. Este subgrupo inclui ações que poderiam ser abordadas de outra forma, e não por portarias, revelando a preferência do gestor federal por este tipo de instrumento.

A análise das portarias de gestão indicou que no que, diz respeito à gestão federal da política nacional da atenção básica, predomina a lógica de reconhecimento<sup>89</sup> de municípios

<sup>87</sup> Até setembro de 2004 os municípios eram habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica - GPAB e Gestão Plena de Sistema Municipal - GPSM conforme a NOB SUS 01/96, e em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada - GPAB-A, conforme a NOAS SUS 2002. Com a publicação da Portaria GM n° 2023 de 24/09/2004, este processo de habilitação cessa e passa a vigorar uma única modalidade de habilitação: Gestão Plena do Sistema Municipal.

<sup>88</sup> Em 2006, com o Pacto pela Saúde, as formalizações de acordos entre as diferentes esferas de governo por meio do processo de habilitação às condições de gestão foram extintas. Esse processo foi substituído pela adesão solidária por meio de assinatura de Termos de Compromissos de Gestão entre os gestores das diferentes esferas, no âmbito do Pacto pela Vida e do Pacto de Gestão, e é detalhado na Portaria GM n°399 de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006a).

<sup>89</sup> O reconhecimento destes municípios ocorre por meio de processos de habilitação, credenciamento, qualificação e assinatura de acordos entre as esferas de governo.

que cumprem os requisitos impostos pela normativa federal, como parte do processo de descentralização no SUS.

#### *Portarias de Financiamento*

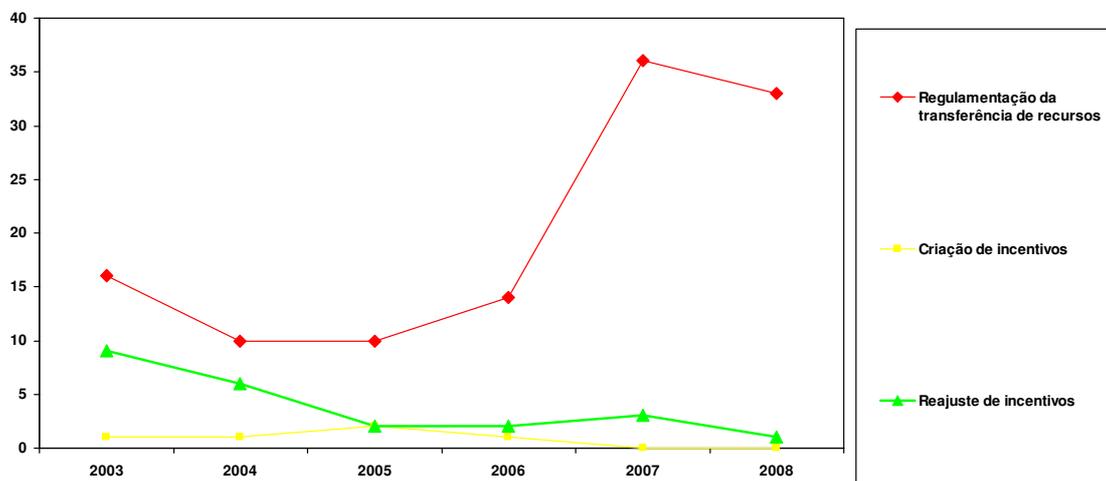
No grupo de financiamento, responsável por 24,01% do total de portarias analisadas no período, estão todas as portarias sobre transferência de recursos, criação e reajuste de incentivos financeiros. Com intuito de observar elementos de continuidade e mudança no que diz respeito ao financiamento federal da atenção básica, esse grupo foi subdividido em três: regulamentação das transferências de recursos; criação de incentivos; reajuste de incentivos. A Tabela 4.2 mostra a evolução do número de portarias deste grupo, por subgrupo.

<b>Tabela 4.2 - Distribuição das portarias do grupo financiamento por subgrupo</b>							
<b>Financiamento</b>	<b>Anos</b>						
	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>Total</b>
<b>Regulamentação da transferência de recursos</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>36</b>	<b>32</b>	<b>118</b>
<b>Criação de incentivos</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
<b>Reajuste de incentivos</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>23</b>
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>39</b>	<b>33</b>	<b>146</b>

Fonte: Elaboração própria a partir da página da internet do *Saúde Legis*

As portarias que regulamentam as transferências de recursos ocupam papel de destaque, em consonância com a política de indução exercida pelo Ministério da Saúde. Destacam-se neste grupo também as portarias que reajustam incentivos, uma das principais ênfases no período. A figura abaixo mostra o comportamento das portarias deste grupo de janeiro de 2003 a junho de 2008.

**Figura 4.7 - Portarias do Ministério da Saúde do grupo Financiamento. Brasil, janeiro de 2003 a junho de 2008.**



Fonte: Elaboração própria a partir da página da internet do *Saúde Legis*.

A análise das portarias desse grupo revela mudanças no financiamento federal da atenção básica. No período de 2003 a 2005 observa-se um pequeno decréscimo na regulamentação das transferências de recursos, seguido por um aumento expressivo no período seguinte. Esta inflexão é decorrente dos incentivos de assistência farmacêutica básica, cujos recursos financeiros federais passaram a ser descentralizados, e do incentivo de compensação de especificidades regionais, cuja regulamentação e publicação de valores ocorrem por meio de portarias.

No início do governo, ao longo da gestão Humberto Costa, houve um esforço em reajustar importantes incentivos, tais como o valor do PAB fixo, sem reajuste desde sua implantação e que no período de estudo passou por três reajustes: em 2003, de R\$10,5 para R\$12; em 2004 de R\$12 para R\$13; em 2006, R\$13 para R\$15<sup>90</sup>. Reajustes também foram feitos nos incentivos para Saúde da Família, Saúde Bucal, Programa de Agentes Comunitários de Saúde e para a Assistência Farmacêutica Básica (IAFAB). As alterações no IAFAB serão discutidas no grupo assistência farmacêutica básica.

<sup>90</sup> As portarias que reajustaram o valor do PAB-fixo são respectivamente: Portaria GM n° 398 de 08/04/2003; Portaria GM n° 2024 de 23/09/2004; Portaria GM n°2133 de 12/09/2006. Em setembro de 2008 o valor do PAB-fixo passou de R\$15 para R\$16 e em dezembro de 2008 para R\$17. Estes reajustes não foram citados no corpo do texto pois estavam fora do período de estudo.

Outra mudança relevante é a inclusão da população assentada para base de cálculo do PAB-fixo e atualização anual do seu valor utilizando a população estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE<sup>91</sup>.

Uma das mais importantes mudanças no período foi a criação, em 2006, dos Blocos de Financiamento que são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados. Foram criados os seguintes blocos de financiamento: I - Atenção Básica; II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III - Vigilância em Saúde; IV - Assistência Farmacêutica; e V - Gestão do SUS.

Segundo Lima e Machado (2008), em que pese os avanços e mudanças gerados com a criação dos blocos de financiamento - como a autonomia dos entes subnacionais na gestão orçamentária, pois os recursos passam a ser depositados em conta única e específica - é preciso considerar que a lógica de distribuição de grande parte dos recursos permanece inalterada. O repasse só é efetivado mediante adesão do município ou estado ao referido programa e o compromisso da implementação das ações a que se destinam, permanecendo então restrita a autonomia decisória dos entes subnacionais, afirmam as autoras.

Além dos reajustes e da criação dos blocos de financiamento, outra estratégia utilizada no período foi a criação de incentivos financeiros<sup>92</sup>. Os incentivos criados foram:

- Incentivo adicional ao Programa de Saúde da Família, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) por equipe para os municípios que iniciarem ou ampliarem o Programa;
- Aumento em 50% do valor dos Incentivos Saúde da Família e Saúde Bucal nos municípios que atendam os seguintes critérios: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) menor ou igual a 0,7 e população com menos de 50.000 na Amazônia Legal e até 30.000 habitantes nos demais estados do país ou municípios com população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos e que não estejam incluídos nos critérios anteriores;
- Incentivo financeiro complementar ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, parte integrante do Piso de Atenção Básica, para regularização do vínculo contratual dos ACS (corresponde ao aumento do valor dos Incentivos de Custeio e Adicional em 45% , a ser transferido fundo a fundo);

---

<sup>91</sup> A portaria que regulamenta esta inovação é a GM nº392 de 08/04/2003.

<sup>92</sup> Embora a análise do grupo financiamento revele um total de 5 incentivos criados ao longo do período de estudo, foram identificados mais 2 incentivos, totalizando 7. A alocação desses incentivos em outros grupos explica-se pelo fato de que o mote principal da portaria em que foram citados não era a criação do incentivo, mas sim outros temas.

- A transferência, em parcela única, no valor de R\$100.000,00 por curso de graduação, aos municípios que aderirem ao Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) que recebam alunos de enfermagem, medicina e/ou odontologia nas Unidades Básicas de Saúde municipais das equipes de Saúde da Família; e R\$ 30.000,00 para estruturação de Unidades Básicas de Saúde municipais das equipes de Saúde da Família, aos municípios que recebem nessas unidades, médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade, cadastrados na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) por aluno residente;
- Parcela extra com base no n° de ACSs, repassada no último trimestre de cada ano (13° repasse aos ACSs);
- Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas – IAB-PI;
- Incentivo adicional para a compra dos materiais permanentes utilizados nas fases clínicas de confecção de próteses, por equipe de saúde bucal já implantada.

Outro aspecto importante foi a regulamentação do crédito retroativo dos incentivos referentes ao PACS, PSF e ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família. Houve a necessidade de editar uma portaria nesse sentido em virtude da ocorrência de problemas na alimentação do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, por parte dos municípios, e na transferência dos arquivos, realizada pelos municípios e estados.

Em síntese, a análise desse grupo evidenciou mudanças significativas em relação ao financiamento federal da atenção básica. Esforços foram feitos para a correção do valor do PAB-fixo, ainda que com dificuldades para manter seu aumento sistemático, e também para a contemplação de um dos três mega-objetivos do Plano de Pronta Ação do governo federal que é a inclusão social e redução das desigualdades sociais. Neste governo as populações especiais como os assentados, os quilombolas e os indígenas tiveram destaque na agenda federal da saúde, em coerência com a política social proposta pelo governo Lula.

Além disso, ainda que de forma tímida, pela primeira vez foram empregados indicadores de condições sociais como critério para diferenciar os repasses federais aos municípios para financiamento do SUS (SOLLA et al, 2007). A utilização destes indicadores está associada à busca da equidade no âmbito do SUS, uma das atribuições do gestor federal na implementação de um sistema nacional de saúde em um país federativo e tão desigual como o Brasil.

### *Portarias do Programa de Saúde da Família*

O grupo contempla todas as portarias que abordam temas relativos à estratégia de Saúde da Família, com exceção das portarias sobre financiamento. Durante todo o período observa-se um quantitativo maior de portarias referentes ao Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF).

O PROESF foi citado pela maioria dos entrevistados como uma das estratégias prioritárias da atenção básica no período. As portarias editadas referentes a este projeto, num primeiro momento, são de habilitação de estados e municípios e criação de comissões voltadas para a condução do processo de classificação dos projetos enviados pelos municípios interessados em aderir ao projeto<sup>93</sup>.

Em 2004 houve a publicação da portaria que autorizou o recebimento de recursos não utilizados no PROESF aos municípios que apresentaram planos municipais de saúde voltados para a redução da mortalidade materna e neonatal. Esta iniciativa foi fruto de amplo debate na CIT ao longo desse ano<sup>94</sup>. A partir de 2005 começa a edição de portarias que prorrogam o prazo de execução dos projetos municipais e estaduais aprovados da Fase I do PROESF, componente 1, por dificuldades destes na execução dos recursos. Este movimento de sucessivas prorrogações dos prazos é observado até 2007.

Já em 2006, há duas tentativas de diferenciação de municípios que apresentaram desempenho satisfatório, numa perspectiva de gestão por resultados, de acordo com os critérios definidos pelo Ministério da Saúde. A primeira foi a premiação de 12 municípios, segundo extratos por porte populacional, que apresentaram boa performance de acordo com os critérios para a execução da Fase I - componente 1<sup>95</sup>, e a segunda foi o repasse de recursos no valor de 50% do total do teto da Fase I - componente 1, aos municípios que atenderam aos

---

<sup>93</sup> A avaliação da proposta para realização de estudos avaliativos era efetuada conforme os procedimentos estabelecidos nas diretrizes do Banco Mundial intituladas "*guidelines: selection and employment of consultants by world bank borrowers*" de janeiro de 1997, revisadas em janeiro de 1999.

<sup>94</sup> Em 2004 a SAS propôs na CIT o remanejamento dos recursos provenientes de 18 municípios que optaram por não aderir ao PROESF na intensificação de ações de qualificação da atenção a mulher e ao recém nascido, instituídas pelo "Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal". Em setembro de 2004 foi então aprovada a lista contendo 32 municípios aptos a receber os recursos.

<sup>95</sup> Os 12 municípios premiados foram: Aracaju (SE); Belo Horizonte (MG); Caucaia (CE); Caxias (MA); Itabira (MG); Itaboraí (RJ); João Pessoa (PB); Juazeiro (BA); Londrina (PR); Maracanaú(CE); Mossoró (RN); Parnamirim (RN). O valor total da premiação foi de R\$5.999.000,00. Para maiores detalhes ver Portaria GM nº 1145 de 25/05/2006.

critérios expostos em portaria anterior, editada em 2005<sup>96</sup>. No ano seguinte foi necessário prorrogar o prazo para que os municípios premiados prestassem contas ao gestor federal.

À exceção do PROESF, foram poucas as portarias editadas sobre o PSF. Tais portarias surgem somente a partir de 2005, voltadas para a regulação da atividade e/ou incorporação de novos profissionais à estratégia de Saúde da Família, com intuito de ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção primária à saúde, bem como sua resolutividade.

Em 2005, o Ministério da Saúde edita uma portaria que dá poderes ao gestor municipal sobre o cumprimento da carga horária semanal dos médicos que atuam nas equipes de saúde da família. Afirma que o gestor municipal poderá determinar que os médicos destinem até 8 horas de sua carga horária para atuação em hospitais de pequeno porte, desde que o município se enquadre nas condições impostas pela portaria que regulamenta este tipo de unidade. As exigências incluem cobertura mínima de 70% da ESF, adesão à Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e elaboração de um “Plano de Integração da Saúde da Família com o Hospital de Pequeno Porte”, que deverá passar pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite.

Outra portaria voltada para a atuação dos profissionais no âmbito da ESF foi a padronização do conteúdo mínimo obrigatório no curso introdutório. Esta medida parece ter sido uma tentativa de compensar a fragilidade da formação dos profissionais de saúde para atuação na atenção básica.

Duas portarias expedidas no período modificam trechos da Política Nacional de Atenção Básica, lançada em 2006. A primeira altera os critérios para definição de ESF modalidade I dispostos na Política Nacional de Atenção Básica<sup>97</sup>, tornando-os mais objetivos e direcionados para o financiamento equitativo, privilegiando os municípios mais pobres do país e que atendam a populações excluídas, como os assentados e remanescentes de quilombos.

---

<sup>96</sup> Os critérios expostos na Portaria GM nº 1072 de 04/07/2005 foram: em relação à execução financeira, a) recebimento de mais de 90% dos recursos da Fase I do PROESF; e b) prestação de contas de mais de 75% da execução do teto da Fase I. Em relação à cobertura populacional das equipes da Saúde Família: a) ampliação ou manutenção das metas de cobertura da Saúde da Família, conforme estabelecidas pelo PROESF; ou b) estejam com iniciativas, já em curso, para recomposição da cobertura proposta. Em relação às normas e diretrizes nacionais da Saúde da Família: a) equipe visitada com estrutura física para desenvolver suas atividades; b) equipe visitada completa; c) profissionais da equipe visitada cumprindo a carga horária de 40h/semanais.

<sup>97</sup> A Portaria GM nº 822 de 17 de abril de 2006 exclui o critério II – “equipes implantadas em municípios que integram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde”, e inclui o critério “todas as equipes que fazem jus ao recebimento de acréscimo de 50% total de ESF (equipe básica de saúde da família) e ESB (equipe de saúde bucal) que implantar; e as equipes implantadas não incluídas na alínea I e que atendam a população remanescente de quilombos e/ ou residente em assentamentos de no mínimo 70 pessoas, respeitando o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica”.

A segunda mudança é originária de longo embate entre o Ministério da Saúde, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Em 2007, o CFM, a Associação Médica Brasileira e a Federação Nacional dos Médicos deram entrada na 4ª Vara Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal com pedido liminar para obter a decretação de nulidade da Política Nacional de Atenção Básica. O principal motivo que gerou esta ação judicial foi uma disputa de cunho corporativo, entre enfermeiros e médicos. Estes exigiam a alteração de um trecho da PNAB que tratava das atividades do profissional de enfermagem.

O pedido liminar foi indeferido. Antes mesmo do término do processo, o Ministério da Saúde expediu outra portaria, a qual modificou a redação original do item 02 do Anexo I da Política Nacional de Atenção Básica, após reunião realizada no dia 25/04/2007 com os Conselhos Federais de Medicina e Enfermagem, CONASS e CONASEMS.

Talvez a portaria mais relevante deste grupo tenha sido a que criou os NASFs, publicada em janeiro de 2008, pelo marco que isso representou na política nacional de atenção primária à saúde no país, já explorado no capítulo anterior.

Em suma, é possível apontar que, no período, as iniciativas adotadas foram desenhadas com o intuito de enfrentar algumas das fragilidades identificadas pelo Ministério da Saúde na implantação da Saúde da Família, tais como a expansão nos grandes centros e a necessidade de aumentar a resolutividade da estratégia, não só através da regulação e qualificação dos profissionais que nela atuam, como também através da incorporação de novos profissionais.

#### *Portarias da Assistência Farmacêutica Básica*

Assim como o grupo temático descrito acima, este é composto por todas as portarias que regulamentam a assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica, exceto as portarias sobre financiamento. Os principais temas abordados por estas portarias foram a instituição de Câmara Técnica/Grupo Técnico com a finalidade de avaliar e definir a assistência farmacêutica básica, com ênfase na estratégia de Saúde da Família, visando a qualificação do atendimento; e a normatização desse tipo de atenção, principalmente no que diz respeito ao financiamento tripartite, ao estabelecer os mecanismos e as responsabilidades de cada esfera de governo.

Com relação à qualificação do atendimento, cabe destacar a publicação em janeiro de 2006 de portaria que dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica e nas demais unidades do SUS, medicamento ampla e tradicionalmente utilizado na atenção básica nas situações em que seu uso se impõe. A portaria determina o uso da penicilina conforme os esquemas padronizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde, que deverá adotar de medidas técnicas e administrativas necessárias ao fiel cumprimento do anexo da portaria - referente aos esquemas terapêuticos - os procedimentos a serem tomados, materiais necessários e os sinais e sintomas de anafilaxia. Além disso, foi instituída uma câmara técnica com o objetivo de avaliar e definir as bases das possíveis pactuações e demais ações referentes aos medicamentos essenciais, daqueles destinados à atenção básica, bem como ações referentes à assistência farmacêutica.

No que concerne à normatização, o período analisado é caracterizado pela definição do Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos (EMO) nesse nível de atenção à saúde e pela determinação dos seus mecanismos de financiamento, no ano de 2005. Ressalta-se que este ano que se distinguiu dos demais por ser aquele em que ocorre a edição de maior número de portarias deste grupo.

O Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos foi dividido em dois grupos: o componente centralizado, cuja aquisição e distribuição são realizadas pelo gestor federal; e o componente descentralizado, composto por um elenco mínimo de medicamentos e produtos correlatos a serem adquiridos pelos estados, o Distrito Federal e os municípios. Os mecanismos de financiamento definidos foram: o Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, que é um fundo mínimo, custeado pela União, estados e municípios, destinado à manutenção do suprimento de medicamentos, como parte integrante das ações de assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica; e o financiamento estratégico para assistência farmacêutica na atenção básica, formado por recursos do Ministério da Saúde destinados à aquisição dos medicamentos e produtos definidos no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica Básica. O IAFAB é um incentivo financiado de forma tripartite e seus valores *per capita* são pactuados anualmente na Comissão Intergestores Tripartite. Em 2005 a contrapartida federal do IAFAB correspondia a R\$1,5 por habitante/ano.

Cabe destacar o papel do Pacto pela Saúde 2006 no que diz respeito à assistência farmacêutica e consequentemente seu impacto no âmbito da atenção básica. Um dos blocos de financiamento criados pelo Pacto foi da assistência farmacêutica. Seu forte caráter descentralizador exigiu uma atualização na regulamentação do financiamento da assistência farmacêutica (MACHADO, R., 2008).

Nessa direção, em janeiro de 2007, foi publicada uma portaria<sup>98</sup> que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde na forma de blocos de financiamento. Tal portaria passou a estruturar o bloco da assistência farmacêutica em três componentes: o básico (medicamentos para a assistência farmacêutica básica); o estratégico (medicamentos para controles de determinadas doenças endêmicas; os antiretrovirais que compõem o programa DST/AIDS; sangue, hemoderivados e imunobiológicos); medicamentos de dispensação excepcional (medicamentos para agravos menos frequentes e caracterizados pelo seu alto custo).

O componente básico foi então dividido em uma parte fixa e outra variável. A fixa é composta pelas transferências federais a estados e municípios, com contrapartida financeira, enquanto a variável é formada pelo financiamento dos medicamentos dos seguintes programas: Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo. Os recursos da parte variável dos dois primeiros programas citados passam a ser descentralizados para estados e municípios, conforme pactuação na CIB; já os dos demais programas podem ser executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde ou descentralizados aos estados e aos municípios, conforme pactuação na CIT e, posteriormente, nas CIBs, mediante a implementação e a organização dos serviços previstos nesses programas.

No mesmo ano, em virtude das mudanças geradas, que representaram avanços, houve a necessidade de rever a portaria anterior que estabelecia os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica Básica<sup>99</sup>. A nova portaria editada em dezembro de 2007 unifica a parte fixa e a parte variável do financiamento e acaba com a vinculação de recursos a grupos de medicamentos. Exemplo disto é que os valores da parte fixa e da parte variável dos grupos de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite e Saúde Mental passam a compor valor único de financiamento, no componente básico. Também foi extinto o conceito de Elenco Mínimo Obrigatório e passa a vigorar o Elenco de Referência de Medicamentos e insumos complementares para a assistência farmacêutica na atenção básica em saúde.

Outro aspecto importante é que a partir dessa portaria a execução dos recursos passa a ser descentralizada, justificando a tendência ascendente da linha referente às regulamentações das transferências de recursos a partir de 2006, no gráfico do grupo financiamento, pelo volume de portarias que aprovam a descentralização dos recursos financeiros federais

---

<sup>98</sup> Portaria GM n° 204 de 29/01/2007.

<sup>99</sup> A referida Portaria era GM n° 2084 de 28/10/2005.

referentes ao componente básico da assistência farmacêutica aos municípios, por estado. Neste ano, o valor mínimo aplicado pela União para Medicamentos do Elenco de Referência é R\$4,10 por habitante/ano. Além do valor repassado pela União, este componente conta ainda com as contrapartidas estaduais e municipais, totalizando R\$7,10 *per capita*/ano por município (R\$1,50 por habitante/ano para o Distrito Federal, estados, e municípios).

Em termos gerais, o período é marcado por mudanças nos mecanismos de financiamento da assistência farmacêutica no SUS, com repercussões importantes na atenção básica. Houve avanços no que se refere ao monitoramento e avaliação, a partir da regulamentação dos blocos de financiamento, e com relação aos valores das transferências federais, bem como as contrapartidas estaduais e municipais, que aumentam no período.

Destaca-se a ênfase na descentralização desses recursos para as demais esferas de governo, que suscita a reflexão sobre a diversidade da capacidade de gestão dos municípios brasileiros e seu impacto na garantia desses medicamentos à população, além da questão da escala de compras que favorece a aquisição de produtos por preços menores.

Um dos desafios que permanece é a garantia do acesso a medicamentos na atenção básica, pois este é fator crucial para sua resolutividade e efetivo fortalecimento<sup>100</sup>.

### *Portarias de Recursos Humanos*

Todas as portarias que tratam de aspectos referentes à formação de recursos humanos, competências profissionais e educação permanente, estão neste grupo temático. A formação dos profissionais que atuam na atenção básica foi objeto central de todas as portarias editadas no período. Há tempos a formação inadequada dos profissionais era apontada como um dos principais nós críticos para a qualificação da APS no Brasil.

A análise deste grupo permite caracterizar dois momentos em relação à produção normativa. Primeiramente, entre 2003 e 2005, foram editadas portarias pontuais, de autoria da recém criada Secretaria de Gestão e Educação no Trabalho em Saúde (SGETS) em parceria com a SAS ou de forma independente, que abordavam o perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde e estabeleciam as normas operacionais para a o financiamento de projetos voltados para a formação inicial dos ACS.

---

<sup>100</sup> Em 2004, por meio do decreto presidencial nº 5090/04 foi lançado o Programa Farmácia Popular do Brasil, cujo objetivo era ofertar a preço de custo medicamentos à parcela da população brasileira que acessa os serviços privados e têm altos gastos mensais com medicamentos, mas não está inserida na assistência farmacêutica pública. O PFP fornece eminentemente medicamentos essenciais ou básicos, em sua maioria constantes na RENAME.

A partir de 2006 há uma mudança significativa com relação à produção e autoria das portarias, com predomínio de portarias de autoria do gabinete do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, voltadas para programas específicos.

O Pró- Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – foi um desses. Um dos objetivos deste programa é reorientar o processo de formação dos cursos de graduação da área da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS. O alvo deste programa eram os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia, ou seja, cursos que formam os profissionais de nível superior que atuam na estratégia de Saúde da Família. O financiamento federal deste programa é via PAB- variável e estão habilitados a participar do Pró-Saúde os cursos de graduação da área da saúde reconhecidos pelo MEC, ministrados por Instituições de Ensino Superior (IES) vinculadas ao Sistema Federal e ao Sistema Estadual de Educação.

Em 2007, o programa é ampliado para os demais cursos de graduação da área da saúde<sup>101</sup>. Esta atitude é condizente com os objetivos do programa e com uma concepção de atenção básica não restrita a uma estratégia específica, visto que a prática na rede de serviços básicos não é atividade exclusiva das categorias profissionais de nível superior que compõem a equipe básica de saúde da família e a equipe de saúde bucal.

A preocupação com a formação dos profissionais que atuam na atenção básica incluiu as pós-graduações *lato sensu*. Ainda no ano de 2007 foi publicada a portaria<sup>102</sup> que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Esta portaria é resultado da luta do movimento dos residentes multiprofissionais em saúde, através de sua representação, o Fórum Nacional dos Residentes Multiprofissionais em Saúde (FNRMS), que buscava o reconhecimento formal desta modalidade de ensino. Foi definido que os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde serão orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades loco-regionais. Chama a atenção o fato dos médicos não terem sido incluídos ao grupo de profissionais que a portaria abrange. Como estimular as práticas multidisciplinares excluindo esta categoria? Isto reflete o não enfrentamento de questões históricas como o poder médico.

Ainda nesta perspectiva, de intervenção na formação dos profissionais de saúde, foi lançado também o programa PET- Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde -

---

<sup>101</sup> Por meio da publicação da Portaria MS/MEC de 27/11/2007

<sup>102</sup> Portaria GM/MEC nº 45/2007.

cujo principal objetivo é o aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos, respectivamente, aos profissionais e aos estudantes da área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS. Com relação ao financiamento do programa, os incentivos são destinados aos profissionais que realizam educação em serviço, enquanto as bolsas, de acordo com a modalidade, possuem público-alvo diferente: as de iniciação científica são voltadas para os estudantes de graduação e as de tutoria acadêmica são para professores vinculados a IES públicas, que produzam ou orientem a produção de conhecimento relevante na área da atenção básica em saúde.

Embora as bolsas de tutoria acadêmica estejam vinculadas a profissionais de IES públicas, o programa incorpora as IES privadas que sejam bolsistas do Programa Universidade para Todos – PROUNI - ou que sejam de cursos participantes do Pró-Saúde. É condição para a continuidade do financiamento das bolsas de iniciação científica que as IES instituem e mantenham Núcleos de Excelência Clínica Aplicada na Atenção Básica.

Com intuito de qualificar o atendimento prestado na atenção básica, foi lançado no âmbito do Ministério da Saúde o Programa Nacional de Telessaúde, cujo objetivo é desenvolver ações de apoio à assistência e educação permanente de Saúde da Família através da utilização de toda infra-estrutura disponível de informática e telecomunicação, integrando assim a academia e os serviços. A utilização deste tipo de recurso em um país de dimensões continentais como o Brasil pode ser de grande valia.

O programa foi desenvolvido através da parceria dos Ministérios da Saúde, da Educação e Ciência e Tecnologia. Para seleção dos estados participantes do projeto inicial, Wen e Haddad (2006) afirmam que foram utilizados os critérios representatividade regional (foram contempladas as cinco regiões do país) e expertise na área de Telessaúde<sup>103</sup>.

A questão da formação de recursos humanos para atenção básica foi citada pela maioria dos entrevistados como uma inflexão no período, principalmente a partir do momento que a responsabilidade de coordenação de qualificação passa do Departamento de Atenção Básica para a SEGETS. Evidenciaram-se esforços no sentido de enfrentar o problema da formação inadequada, apontada por muitos como um dos principais desafios para que se alcance a qualidade desejada da atenção primária no Brasil. Destacam-se principalmente as

---

<sup>103</sup> Os estados selecionados foram: Amazonas (Universidade do Estado do Amazonas/Universidade Federal do Amazonas), Ceará (Universidade Federal do Ceará), Pernambuco (Universidade Federal de Pernambuco), Goiás (Universidade Federal de Goiás), Minas Gerais (Universidade Federal de Minas Gerais), Rio de Janeiro (Universidade do Estado do Rio de Janeiro), São Paulo (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), Santa Catarina (Universidade Federal de Santa Catarina) e Rio Grande do Sul (Universidade Federal do Rio Grande do Sul).

parcerias feitas com o Ministério da Educação, que resultaram na proposição de estratégias de mudanças curriculares e fortalecimento da formação nos serviços de saúde, em geral orientadas para a estratégia de Saúde da Família.

#### *Portarias relativas a sistemas de informação, monitoramento e avaliação*

Compõem este grupo as portarias que definem critérios, mecanismos e fluxos para o monitoramento e avaliação da atenção básica. Ao longo do período analisado houve predomínio das portarias de monitoramento e avaliação em relação às que faziam menção aos sistemas de informação.

Em termos gerais, as portarias deste subgrupo refletem as mudanças da política nacional de saúde como um todo e também no âmbito da atenção básica. Exemplo disso são as portarias de inclusão/exclusão de códigos do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA –SUS) - e do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), tais como a portaria que inclui no SCNES o código 068 – práticas integrativas e complementares.

No período do estudo ocorreu um esforço de fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação na atenção básica, observado não só através da análise das portarias e instrumentos legais, como também pela análise documental e entrevistas.

No que concerne à pactuação de metas sanitárias e percentuais de cobertura do PSF entre municípios, estados e Ministério da Saúde, houve uma alteração importante. Em 2007 foi instituído um único processo de pactuação, resultado da unificação dos Pacto da Atenção Básica, do Pacto de Indicadores da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde – PPIVS - e dos indicadores propostos no Pacto pela Saúde. A PPIVS passou a ser denominada Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde.

As opiniões com relação à unificação dos pactos foram divergentes. Enquanto alguns entrevistados apontaram como um avanço, visto que era objeto de crítica de diferentes atores do setor a existência de diversos instrumentos de pactuação formados por indicadores idênticos, outros apontaram como uma perda para a atenção básica, já que não foi considerado todo um processo histórico de anos de pactuação.

Ainda nessa perspectiva, em 2007 foi submetida à consulta pública a Lista Brasileira de Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Básica. A lista é composta por doenças infecciosas e crônicas, tradicionalmente abordadas na atenção primária, seja pela prevenção através de imunobiológicos, detecção precoce, ou tratamento e acompanhamento.

A utilização desta lista pode permitir monitorar a efetividade dos serviços de atenção básica, funcionando assim, segundo a classificação de Donabedian (1980), como um indicador de resultado. No ano seguinte, é então publicada a portaria com a Lista Brasileira de Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Básica<sup>104</sup>.

O fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação na atenção básica é um avanço, especialmente no que se refere à atenção básica no Brasil. A trajetória histórica da política de atenção básica no Brasil revela a preocupação com a ampliação do acesso, visando a universalidade, porém sem grandes preocupações com a qualidade da assistência prestada neste âmbito de atenção. Ao que parece, a configuração deste quadro mudou, e a preocupação não é só garantir a continuidade do processo de expansão das ações de AB no país, mas sim qualificá-las, garantindo assim sua resolutividade e a efetivação do princípio da integralidade.

#### *Outras portarias*

Esse grupo foi formado por portarias que abordam temas diversos, tais como revogação, anulação e/ou nova redação de outras portarias.

#### *Análise dos instrumentos legais*

Embora o número de instrumentos legais editados no período não seja expressivo, foi de grande impacto para a política nacional de atenção básica pelas mudanças geradas. Além disso, cabe enfatizar o grande número de portarias *versus* o pequeno número de instrumentos legais sinalizando que a política nacional de atenção primária à saúde é objeto de regulamentação pelo Executivo, sendo que o Legislativo não tem tido grande destaque na formulação dessa política. O quadro abaixo sistematiza a análise dos três instrumentos legais identificados no período.

---

<sup>104</sup> Portaria SAS/MS N° 221, de 17/04/2008.

<b>Quadro 4.2 - Instrumentos legais relevantes para a atenção básica editados no período de jan 2003 a jun de 2008.</b>				
<b>Instrumentos legais</b>	<b>Data de Publicação</b>	<b>Autor (es)</b>	<b>Ementa</b>	<b>Grupo temático</b>
Emenda Constitucional n° 51	14/02/2006	As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal	Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal.	<b>Recursos Humanos</b> – define que os agentes comunitários de saúde somente poderão ser contratados por meio de processo seletivo público
Lei 11.350	05/10/2006	Luiz Inácio Lula da Silva (Presidente da República)  José Agenor Álvares da Silva (Ministro da Saúde)  Paulo Bernardo Silva  (Ministro do Planejamento)	Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.	<b>Recursos Humanos</b> – regulamentação das atividades dos agentes comunitários de saúde e agentes de endemias
Decreto 6286	05/12/2007	Luiz Inácio Lula da Silva Fernando Haddad (Ministro da Educação)  Jose Gomes Temporão  (Ministro da Saúde)	Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.	<b>Atenção básica - diretrizes</b>

Fonte: Elaboração própria a partir da página da internet do Senado Federal – Portal da Legislação Federal.

Tanto a Emenda Constitucional nº51 (EC nº 51/2006) quanto a Lei 11.350/2006 regulamentam o exercício da atividade do agente comunitário de saúde. A primeira combate um problema que persiste desde a criação do Saúde da Família, que é a precarização do vínculo dos profissionais de saúde, ainda que se restrinja aos agentes comunitários de saúde. A EC nº 51 acrescenta três incisos ao artigo 198 da Constituição Federal e com isto define que os agentes comunitários de saúde somente poderão ser contratados por meio de processo seletivo público. Já a Lei 11.350 passa a regulamentar as atividades não só de agente comunitário de saúde, como a de agente de combate às endemias.

Na visão de um dos entrevistados, a EC nº 51 foi uma das inflexões no período e reflete a fragilidade da relação do Ministério da Saúde com o Legislativo. De acordo com o entrevistado, a decisão do Legislativo não ia de encontro ao diagnóstico do Ministério da Saúde e gerava problemas para os gestores municipais. Não só o ministério como o CONASS e o CONASEMS partilhavam desta opinião, como mostram os debates na CIT em 2006. Para eles, haveria um prejuízo na expansão e manutenção dos programas PACS e PSF na medida em que as prefeituras sem condição de contrato interromperiam os programas ou reduziriam a sua implementação e, por não conseguirem absorver todos os agentes atuantes, haveria uma redução do quadro destes profissionais.

O decreto presidencial Nº. 6.286 institui o Programa Saúde na Escola (PSE), resultado da articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. O programa está voltado para os estudantes da rede pública de ensino fundamental; médio; federal de educação profissional e tecnológica; educação de jovens e adultos. São quatro os componentes do PSE: avaliação das condições de saúde; promoção da saúde e prevenção; educação permanente e capacitação dos profissionais e de jovens; monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes (BRASIL, 2008b).

A proposta é que a implantação do programa seja feita mediante a adesão dos estados, Distrito Federal e municípios e conta com o incentivo federal Programa Saúde na Escola, pago em uma única parcela no último trimestre de cada ano às equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal que atuam no Programa.

## ***Financiamento***

A questão do financiamento tem sido um dos grandes desafios ao processo de implantação do Sistema Único de Saúde. Como assinalam Ugá et al (2003), a despeito de a escassez de recursos ser, por sua natureza, um problema permanente, outras questões de solução mais factível carecem de equacionamento, entre elas, a forma de participação federal no financiamento do SUS, dado o caráter descentralizado do sistema e a hegemonia fiscal da União.

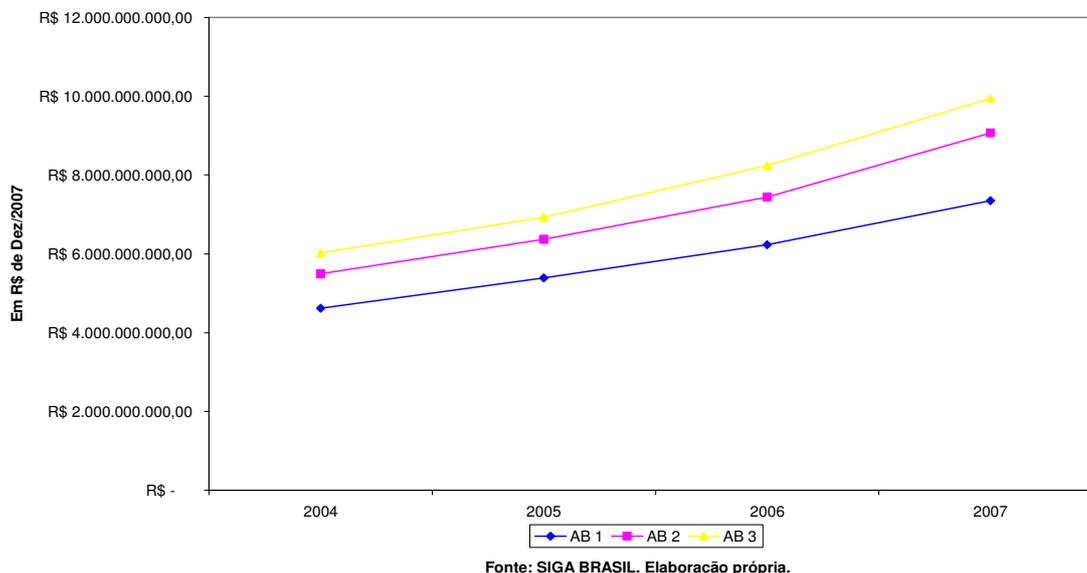
Partindo deste pressuposto, foi realizada a análise do financiamento federal da atenção básica no país, desde 1998, ano em que os municípios passam a receber as primeiras transferências federais diretas relativas à atenção básica, com destaque para o PAB. Cabe mencionar que a disponibilidade de informação variou por fonte utilizada. A seguir serão apresentados os principais resultados.

Como dito no item metodologia, o Siga Brasil fornece dados sobre a execução do orçamento do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde por programas. Constatou-se que o programa “Atenção Básica” como exposto no Siga não incorporava algumas ações e serviços que são tradicionalmente abordados na AB. Nesse sentido, optou-se, para fins de análise, pela utilização de três formas de agregação:

- 1) Programa Atenção Básica, referente somente ao conjunto de ações enquadradas para fins orçamentários neste programa (AB 1);
- 2) Programa Atenção Básica, mais os incentivos referentes à Farmácia Básica, e às ações básicas das vigilâncias epidemiológica e sanitária (AB 2);
- 3) Programa de Atenção Básica mais os incentivos referidos no item 2, acrescido dos valores referentes ao Programa Nacional de Imunização (PNI) e Alimentação Saudável (AB 3).

A figura abaixo mostra a evolução da execução orçamentária do Ministério da Saúde no período de 2004 a 2007, considerando essas três formas de agregação dos dispêndios com as ações de Atenção Básica.

**Figura 4.8 - Evolução da execução orçamentária do Ministério da Saúde com o programa Atenção Básica, em valores ajustados pela inflação. Brasil, 2004 a 2007**

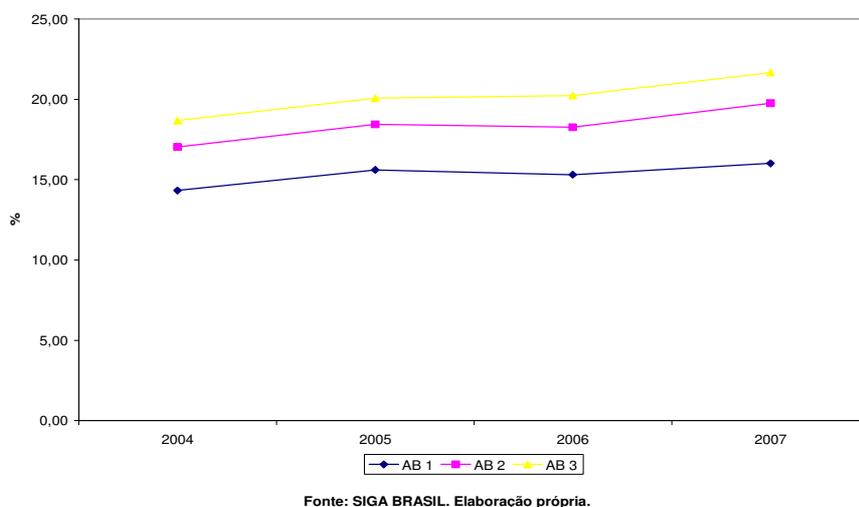


O valor da execução orçamentária do Ministério da Saúde somente com o Programa Atenção Básica (AB1) apresentou tendência ascendente no período e chama atenção pelo fato de ser bem superior ao orçamento de vários outros ministérios federais<sup>105</sup>.

Observa-se que, se for considerado apenas o Programa Atenção Básica como disposto no SIGA, tem-se a impressão de que o orçamento da atenção básica é muito menor do que o é na realidade. Há uma diferença significativa quando o programa atenção básica é acrescido de outras ações que são realizadas no âmbito da AB mas estão computadas em outros programas orçamentários. O mesmo ocorre quando se analisa o peso da atenção básica na execução orçamentária do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde, como revela a figura a seguir.

<sup>105</sup> Exemplos de ministérios cujos orçamentos em 2007 foram bem inferiores ao do Programa Atenção Básica: Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; Relações Exteriores; Cultura; Meio Ambiente; Turismo e Esporte. Fonte: Siga Brasil.

Figura 4.9 - Peso da Atenção Básica na execução orçamentária do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde. Brasil, 2004 a 2007.

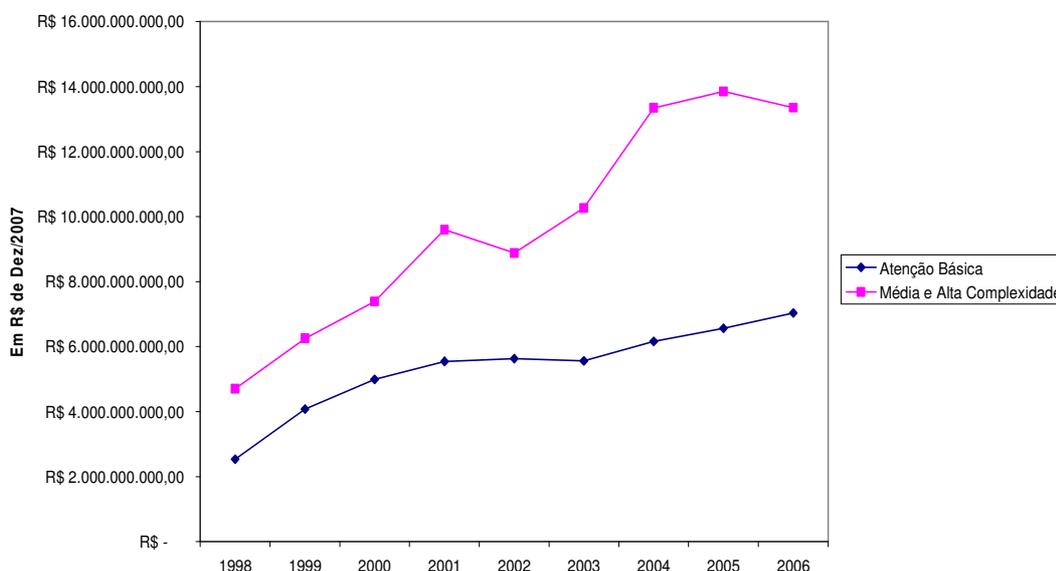


Considerando-se somente o Programa Atenção Básica (AB 1), o peso da atenção básica na execução orçamentária do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde não chegaria a 15% em 2004 e encerraria o período com um ligeiro aumento, chegando aos 16,02% em 2007. Enquanto as demais formas de agregação indicam um percentual mínimo de 17,04%, referente à AB 2 em 2004 e máximo de 21,67% da AB 3, em 2007. Independente da forma de agregação chama atenção também o crescimento da participação da atenção básica ao longo do período analisado.

A análise dos dados das transferências federais do SUS disponíveis na base do DATASUS permitiu verificar a evolução dos montantes despendidos em transferências à atenção básica em comparação com a média e alta complexidade em valores *per capita* por região e por UF; e o crescimento dos incentivos de atenção básica. A seguir são apresentados os principais achados.

O primeiro aspecto analisado em relação às transferências federais foi a evolução dos recursos da atenção básica e média e alta complexidade. A figura a seguir mostra a evolução dos valores referentes às transferências federais da atenção básica e média e alta complexidade, no período de 1998 a 2006.

Figura 4.10 - Evolução dos valores referentes às transferências federais da atenção básica e média e alta complexidade, ajustados pela inflação. Brasil, 1998 a 2006.

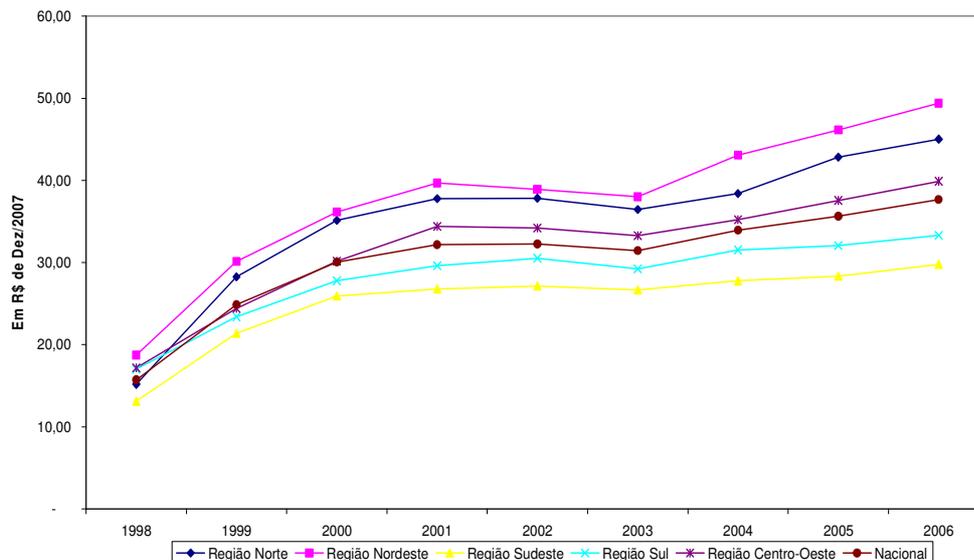


Fonte: Fundo Nacional de Saúde/ DATASUS/Ministério da Saúde. Elaboração própria.

Observa-se que em relação ao volume de recursos destinados, a média e alta complexidade apresentam valores muito superiores em todo o período e crescimento bem ascendente entre 2002 e 2004. Porém com oscilações ao longo dos anos, diferentemente do volume de recursos destinados à atenção básica que manteve um padrão constante, com ligeiro e progressivo incremento a partir de 2003.

A figura abaixo ilustra a evolução dos valores *per capita* referentes às transferências federais de atenção básica por região, ajustados pela inflação.

Figura 4.11 - Evolução dos valores *per capita* referentes às transferências federais de atenção básica, por região, ajustados pela inflação. Brasil, 1998 a 2006.

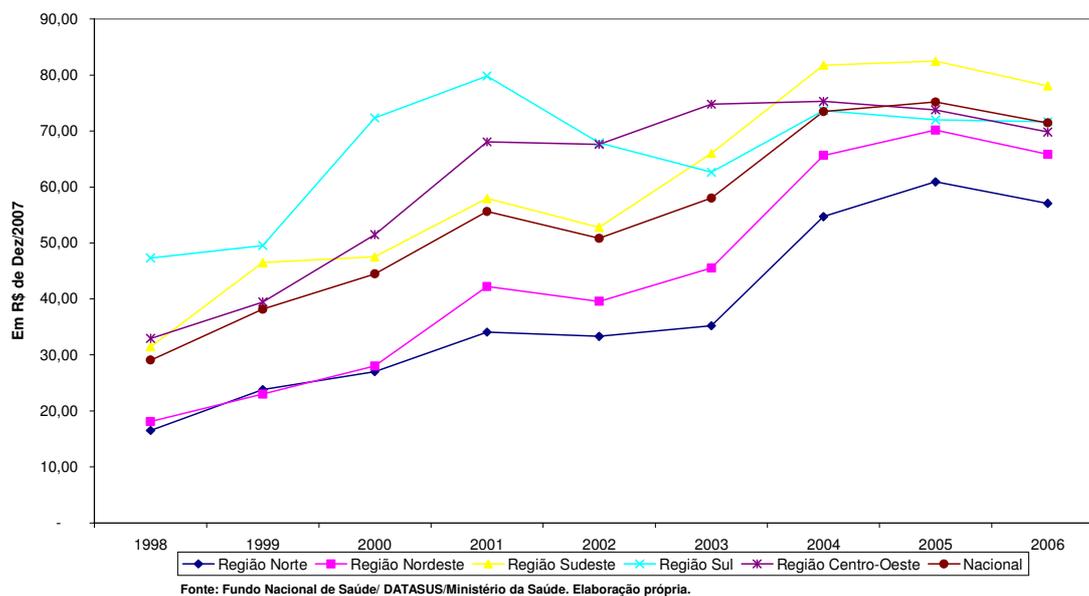


Fonte: Fundo Nacional de Saúde/ DATASUS/Ministério da Saúde. Elaboração própria.

Em todas as regiões observa-se um crescimento a partir de 2003 nos valores dos recursos federais *per capita*. Dentre as causas prováveis estão os reajustes dos principais incentivos da atenção básica e a criação de novos. As regiões que se destacam por apresentarem ao longo de todo o período os maiores valores *per capita* são as regiões Nordeste e Norte, que, além disso, são também as que apresentaram um aumento mais significativo a partir de 2003. A ocorrência deste aumento expressivo a partir de 2003 provavelmente foi devido ao reajuste dos valores do PAB fixo e variável e o financiamento diferenciado aos municípios mais pobres do país, que se concentram nestas regiões, visando à equidade.

Já quando o objeto de análise são os valores dos recursos federais *per capita* referentes às transferências de média e alta complexidade, o resultado é o inverso, como revela a figura 4.12.

Figura 4.12 - Evolução dos valores *per capita* referentes às transferências federais de média e alta complexidade, por região. Brasil, 1998 a 2006.

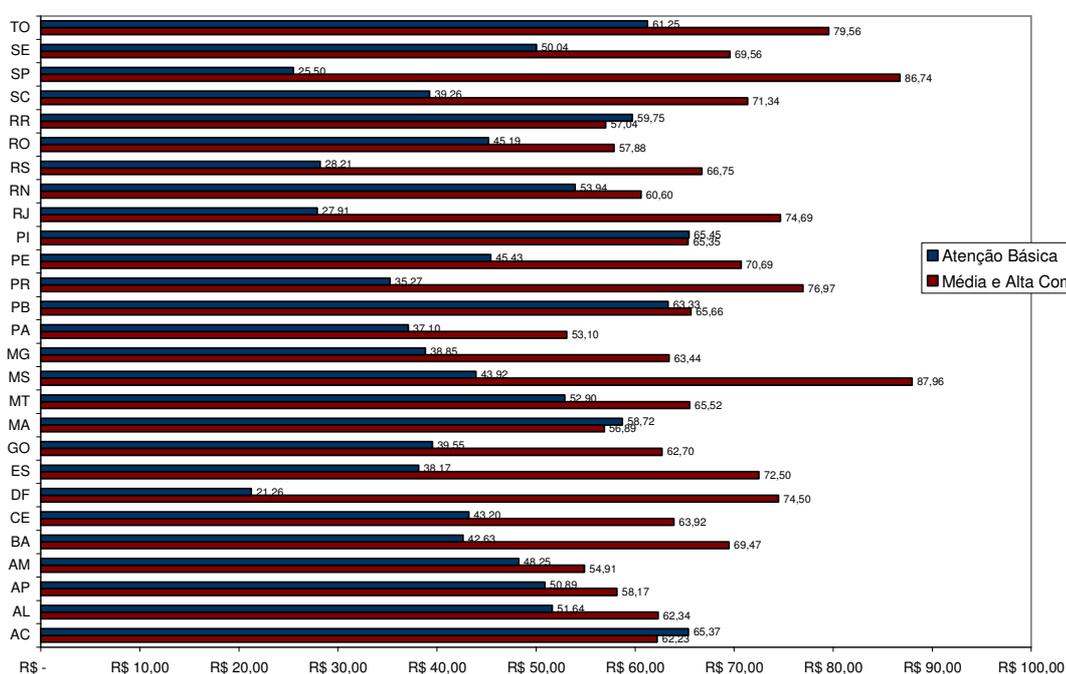


A região Sul se destaca por apresentar entre os anos de 1998 e 2002 o maior valor *per capita* nacional e, embora tenha apresentado oscilações importantes, esteve ao longo do período analisado sempre presente entre as três regiões que possuem os maiores valores *per capita*, que são Sul, Sudeste e Centro- Oeste. Somente em 2003 a região Sul é ultrapassada pelas duas demais. Outro aspecto importante a ser ressaltado é que estas três regiões apresentaram em todo o período valores *per capita* acima da média nacional.

Esses achados revelam a lógica do financiamento federal das ações de serviços de saúde no Brasil. Na atenção básica, não há dúvidas que desde a NOB 96 e com a criação do PAB fixo houve uma ruptura com o padrão executado anteriormente, e impacto na reorganização do modelo de atenção à saúde, enquanto no financiamento da média e alta complexidade os recursos são destinados principalmente para as regiões economicamente mais desenvolvidas do país, Sul e Sudeste, pois estas possuem uma rede mais estruturada e, portanto, têm maior oferta de serviços de saúde.

A seguir serão apresentados os resultados com relação aos valores *per capita* referentes às transferências federais de atenção básica e média e alta complexidade por UF, ajustados pela inflação, no ano de 2006.

**Figura 4. 13 - Valores *per capita* das transferências referentes à média e alta complexidade e atenção básica, em valores R\$ de Dez/2007, por UF. Brasil - 2006.**

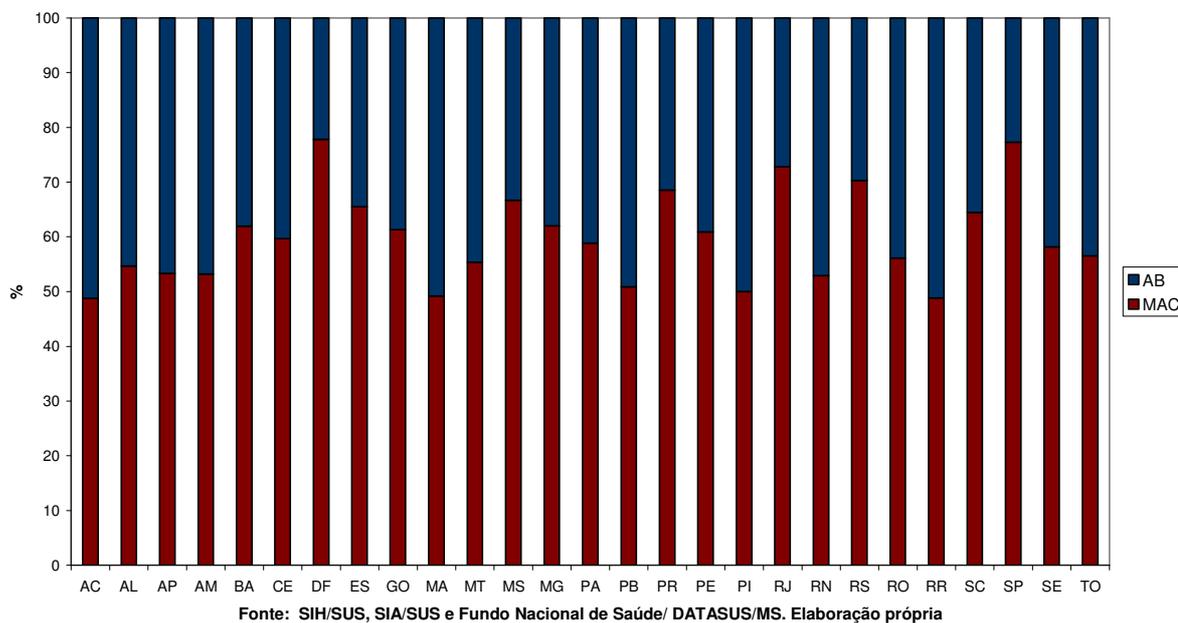


Fonte: SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde/ DATASUS/MS. Elaboração própria

Os achados por UF corroboram a discussão sobre as transferências federais por região. Com relação às transferências de média e alta complexidade, entre as 27 UFs, São Paulo e Mato Grosso do Sul se destacam por apresentarem os maiores valores *per capita*, enquanto os menores valores pertencem aos estados do Amazonas e Pará. No que concerne às transferências de atenção básica os estados da região Norte e Nordeste se destacam por apresentarem não só o maior valor *per capita*, como é o caso do estado do Acre, e por terem muitos estados que recebem valores maiores em transferências federais de atenção básica do que referentes à média e alta complexidade. São exemplos de estados em que este fenômeno ocorre: Acre, Maranhão, Piauí e Roraima.

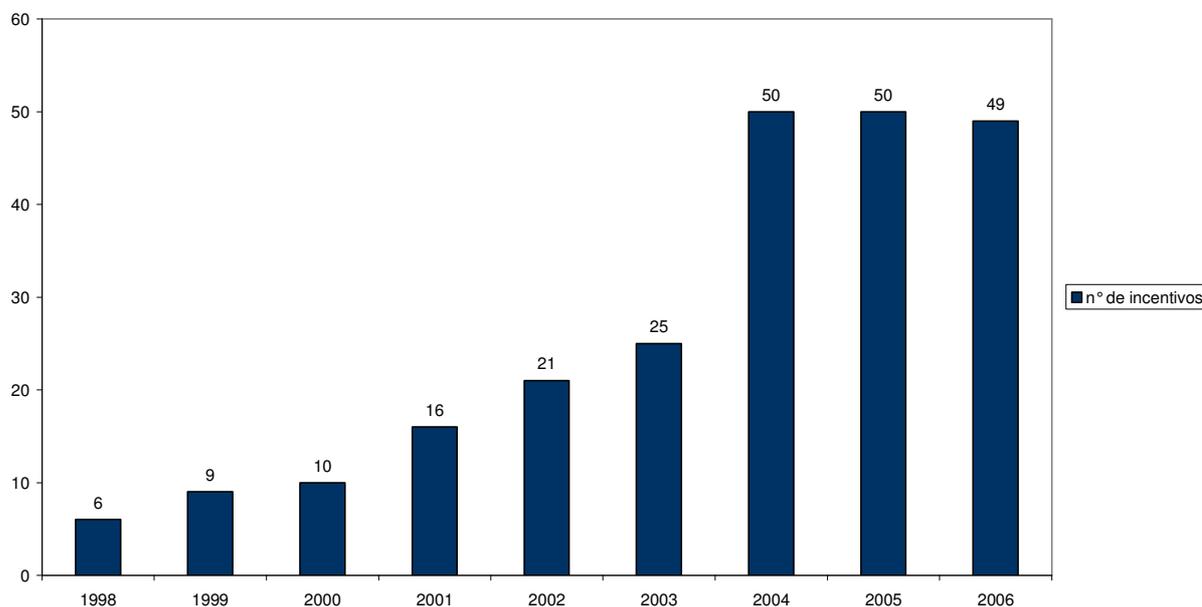
Como visto ao longo do trabalho, na maioria dos estados brasileiros, as transferências federais referentes de média e alta complexidade possuem maior peso quando comparadas com as transferências de atenção básica, a exceção dos estados do Norte e Nordeste. A figura 4.14 que ilustra a composição percentual das transferências federais segundo tipo, em 2006, confirma mais uma vez estes achados.

Figura 4.14 - Composição percentual das transferências federais segundo tipo, por UF. Brasil - 2006.



Uma última perspectiva de análise refere-se à quantidade e aos tipos de incentivos de atenção básica. A figura 4.15 revela a evolução do número de incentivos de atenção básica no período de 1998 a 2006. Chama atenção o crescimento anual e a duplicação do número de incentivos no segundo ano do primeiro governo Lula, reforçando que neste governo a prática de indução do Ministério da Saúde, principalmente no que diz respeito à atenção básica, permanece baseada na vinculação de incentivos financeiros à implantação de programas/políticas.

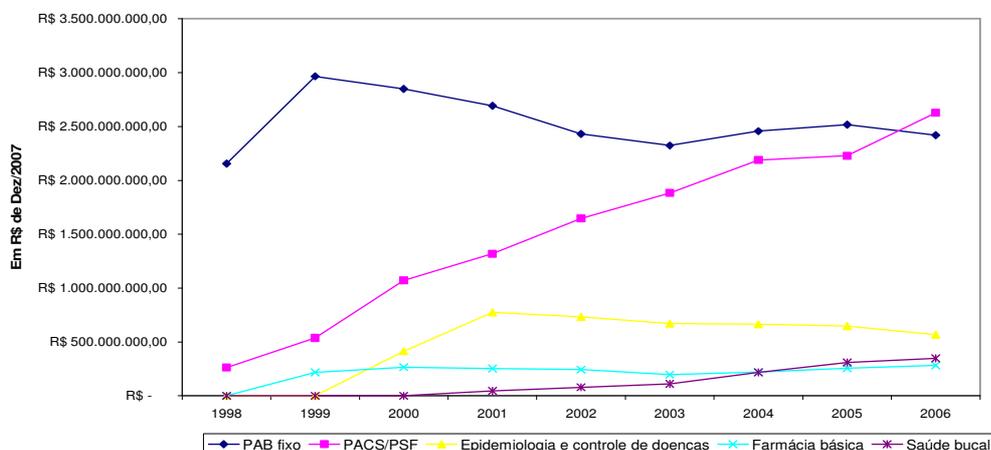
Figura 4.15 - Evolução do n° de incentivos de atenção básica, por ano. Brasil, 1998-2006.



Fonte: Fundo Nacional de Saúde/ DATASUS/Ministério da Saúde. Elaboração própria.

Destacando-se os cinco principais incentivos de atenção básica é possível compreender como se deu a evolução de seus valores ao longo do início do recebimento do PAB até o último ano do primeiro governo Lula, e chegar a algumas conclusões importantes. A evolução das transferências federais referentes aos principais incentivos da atenção básica reajustados pela inflação, no período de 1998 a 2006 pode ser vista na Figura 4.16.

Figura 4.16 - Evolução dos valores transferidos, relativos aos principais incentivos de atenção básica, ajustados pela inflação. Brasil, 1998-2006



Fonte: Fundo Nacional de Saúde/ DATASUS/Ministério da Saúde. Elaboração própria.

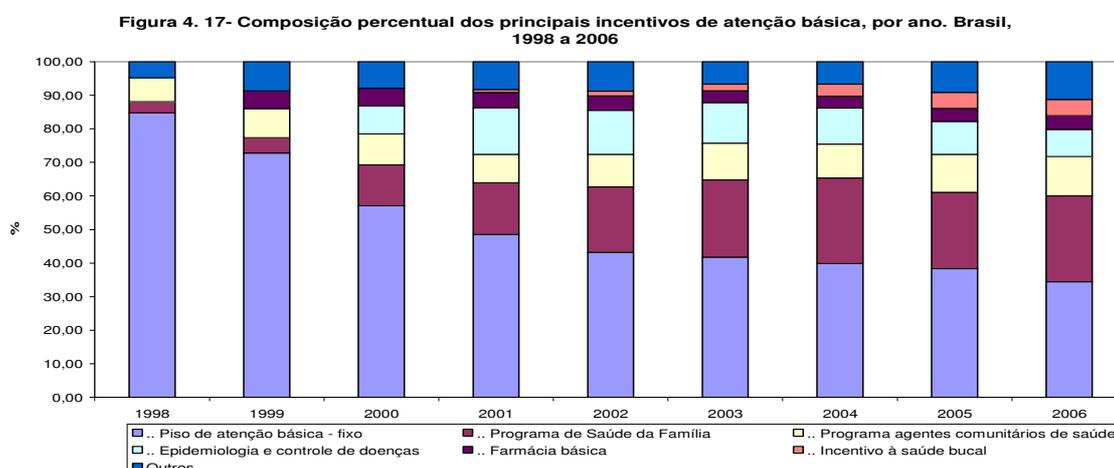
Num primeiro momento, a linha que corresponde ao PAB fixo apresenta crescimento, pois a introdução deste incentivo produziu uma elevação dos recursos federais transferidos para a atenção básica para a maioria absoluta dos municípios brasileiros (SOLLA ET AL, 2007). Contudo, entre 1999 e 2003, houve um significativo decréscimo em virtude da defasagem de seu valor em termos reais. A partir de 2003, quando o PAB fixo começa a sofrer seus primeiros reajustes, há uma pequena recuperação, com tendência a estabilidade, observada até o ano de 2006.

É interessante destacar que o comportamento da linha referente aos incentivos aos programas PACS e PSF é totalmente diferente do descrito acima. Desde a criação destes verifica-se tendência ascendente, e em 2005, os montantes de transferências relativas a esse incentivos ultrapassam os do PAB fixo, expressando a rápida expansão destes programas, com destaque para o PSF, sob forte indução do Ministério da Saúde.

Outro incentivo cujas transferências apresentaram crescimento foi o da Saúde Bucal, principalmente a partir de 2003, refletindo sua inserção prioritária na agenda federal. Já em relação ao Farmácia Básica, chama atenção a constância e o baixo valor de seu incentivo, ainda que desde 2003 venha apresentando um modesto crescimento.

Já o incentivo referente às ações básicas de epidemiologia e controle de doenças apresentou crescimento no período de 1998 a 2001, após sua regulamentação. A partir de 2001 observa-se uma queda em termos reais do montante de transferências relativas a esse incentivo.

A próxima figura mostra a composição percentual dos principais incentivos de atenção básica.



O primeiro aspecto a ser destacado é a expressiva redução da participação relativa do PAB-fixo entre 1998 e 2006. Além de o seu primeiro reajuste expressivo<sup>106</sup> ter ocorrido somente cinco anos após a sua implementação, no primeiro ano do governo Lula, este movimento pode ser justificado pelo crescimento dos demais incentivos, principalmente aos programas PACS e PSF.

O incentivo à saúde bucal apresentou aumento progressivo de sua participação desde a sua criação, com destaque a partir de 2003, quando a saúde bucal entra na agenda presidencial sendo lançada em 2004 a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente.

Por último cabe ressaltar o incentivo à farmácia básica, que desde 2001 apresenta decréscimo na sua participação no total de incentivos da atenção básica. Como discutido anteriormente, este é um fator preocupante à medida que tem impacto direto na qualidade da atenção. Esta tendência pode estar influenciada pelo menor destaque desse programa ou pela ênfase em outros programas de assistência farmacêutica, como o Farmácia Popular.

Em suma, no governo Lula permanece a fragmentação do financiamento federal da atenção básica, com a criação de diversos novos incentivos financeiros atrelados à adesão de programas por estados e municípios, limitando a atuação dos gestores em nível local. Mesmo com a implantação de novos incentivos financeiros, os incentivos ao PACS e PSF foram os que mais cresceram em todo o período, perpassando as duas gestões do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso e as do atual presidente Lula. Houve a tentativa de enfrentamento das questões relativas às desigualdades regionais com a criação de incentivos específicos, porém de forma ainda insuficiente para dar conta das distorções existentes no sistema de saúde brasileiro.

---

<sup>106</sup> Desde a implantação do PAB fixo em 1998 até 2002 havia ocorrido somente um modesto reajuste de seu valor de R\$10 para R\$10,50 ao final do governo FHC.

## Capítulo 5 – Notas sobre as relações intergovernamentais e o controle social na formulação da política de APS

### *Formulação de políticas de saúde: especificidades brasileiras e implicações para a APS*

Para Paim e Teixeira (2006, p.74), entende-se como política de saúde “*a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente*”. Mais ainda, os autores apontam que a palavra política na língua portuguesa compreende as duas dimensões expressas na língua inglesa: poder (*Politics*) e diretrizes (*Policy*). O novo arranjo federativo instaurado pós Constituição de 1988 altera significativamente a forma como essas dimensões se expressam na política de saúde brasileira.

A reforma promovida pela Constituição de 1988 que incluiu os municípios enquanto entes federativos de igual peso aos demais (União, estados e Distrito Federal) estabeleceu uma federação descentralizada e singular. Nos anos subseqüentes, ocorre uma proliferação acelerada no número de municípios no país, muitos deles de pequeno porte, com pequena base econômica de sustentação e, portanto, dependentes de transferências intergovernamentais. Em muitos lugares não havia sequer uma base técnica local para subsidiar a formulação e participar da implementação de políticas de saúde no âmbito municipal, ou mesmo assumir a gestão da rede de serviços de saúde do município, nos casos onde havia serviços de saúde instalados (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2004; MATTOS, ROBAINA e SIQUEIRA, 2008). Nesse sentido, o Brasil adotou um modelo de federalismo simétrico em uma federação<sup>107</sup> assimétrica, afirma Souza (2005).

As especificidades do federalismo brasileiro trazem importantes implicações para o setor saúde<sup>108</sup>. A distribuição de poder e de competências concorrentes aos entes federativos

---

<sup>107</sup> Federação pode ser definida como uma forma de organização política baseada na distribuição territorial de poder e autoridade entre instâncias constitucionalmente definida e assegurada, de tal maneira que o governo nacional e os subnacionais são independentes nas suas esferas de ação (ALMEIDA, 2001, p.15).

<sup>108</sup> Dentre as especificidades do federalismo brasileiro que têm implicações para o setor saúde, Machado, Lima e Baptista (2007) destacam: (a) o caráter ainda “em construção” do federalismo brasileiro, em face dos longos

no plano jurídico gerou mudanças na forma do gestor federal exercer a função de formulação de políticas e planejamento, e representou uma alteração significativa, visto que a política de saúde brasileira foi marcada por um elevado grau de centralismo.

A Constituição de 1988 e a legislação do Sistema Único de Saúde, ao incorporarem novos atores no processo decisório e definirem a participação da comunidade como uma das diretrizes do SUS, ampliaram as possibilidades de envolvimento destes na formulação das políticas de saúde, gerando mudanças significativas nas relações de poder entre os atores envolvidos. Nesse sentido, Machado (2007a) chama atenção para a necessidade cada vez maior de negociação e formulação compartilhada das políticas de saúde por meio dos canais institucionais – Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde. Outra instância formal que possibilita a participação na formulação de políticas é a Conferência Nacional de Saúde, cujo propósito é definir os grandes rumos da política nacional de saúde.

Machado, Lima e Baptista (2008) ressaltam que, de modo geral, a formulação de políticas tem sido compartilhada entre os gestores do SUS e com outros atores sociais, embora isso não se dê de forma homogênea entre os diversos temas da política.

Nesse sentido, no que concerne à atenção primária à saúde, objeto deste estudo, surgem alguns questionamentos sobre o processo de formulação dessa política no período de 2003 a 2008: Como se deu o processo de formulação da política nacional de atenção básica e a participação de outros atores? Com qual frequência o tema atenção básica aparece nas reuniões da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde? Quais foram os temas referentes à atenção primária à saúde abordados nas plenárias? Cabe salientar que o período em análise refere-se ao governo Lula, cuja eleição criou a expectativa de que o chamado ‘sistema descentralizado participativo’ fosse realmente efetivado (MORONI, 2005).

A fim de obter respostas aos questionamentos supracitados, realizou-se a análise das atas e resumos executivos das reuniões da CIT e do CNS, dos relatórios finais das duas Conferências Nacionais de Saúde (12ª e 13ª) realizadas entre 2003 e 2008, bem como das entrevistas. Vale ressaltar que a análise aprofundada da atuação dessas instâncias ao longo do governo Lula foge ao escopo deste trabalho.

A APS foi uma política prioritária no governo Lula. O processo de formulação da política de atenção primária à saúde, em consonância com as diretrizes do SUS, se dá através

---

períodos de autoritarismo centralizador na história do país e das transformações democráticas a partir dos anos 1980; (b) o peso dos estados e dos governadores em alguns momentos da história política nacional, inclusive a partir dos anos 1980; (c) o grande peso dos municípios a partir da Constituição de 1988; (d) a existência de milhares de municípios no país de pequeno porte e com limitada capacidade financeira e administrativa para desenvolver todas as responsabilidades sobre as políticas públicas que lhes são atribuídas; (e) as marcantes desigualdades econômicas e sociais entre regiões, estados e principalmente entre municípios do país.

de negociação e pactuação, principalmente na CIT e no CNS<sup>109</sup>. De acordo com os entrevistados, uma diversidade de atores influenciam esse processo, dentre os quais se destacam os gestores estaduais e municipais; os profissionais de saúde; representantes de conselhos de classe; da sociedade civil; e até mesmo atores político-partidários.

Durante todo o período analisado as reuniões tanto da CIT quanto do CNS ocorreram de forma regular, inclusive com convocação de reuniões extraordinárias para abordar assuntos não esgotados ou não contemplados satisfatoriamente na reunião ordinária anterior.

Outro aspecto importante refere-se à presença dos ministros da saúde nas reuniões. Uma característica comum às diferentes gestões ministeriais foi a participação efetiva em quase todas as reuniões, não só da CIT como do CNS, realizadas no período de estudo. Essa participação pode ser interpretada como uma valorização do papel destas instâncias na formulação e implementação das políticas, mas também pode ser vista como estratégia política de viabilizar a efetivação de propostas federais.

A análise por ano dos pontos mais debatidos nas reuniões da CIT e do CNS revela que estes refletem os dois momentos identificados em relação à inserção da política nacional de atenção básica nesse governo, descritos no capítulo 3. No primeiro momento, 2003-2005, há a preocupação com a reorganização da atenção básica, que incluía desde questões referentes ao seu financiamento, até o questionamento do PSF enquanto estratégia única para atenção básica no país. Nesse momento foram então apresentadas sugestões de flexibilização do modelo, que permaneceram em pauta por anos. Já no segundo momento, 2006-2008, evidencia-se que o Programa de Saúde da Família permanece como a estratégia principal e as questões que passam a ocupar o centro do debate são as políticas que ampliam o escopo e a resolutividade no âmbito da atenção básica, com foco no PSF.

Pela natureza e papel distintos das instâncias analisadas neste capítulo, já era esperado que houvesse diferenças em relação às discussões travadas, entretanto chama atenção a maior diversidade de temas referentes à atenção primária à saúde discutidos na CIT. Por outro lado, evidencia-se que questões mais estratégicas tais como as diretrizes gerais da política, e questões relativas ao financiamento e recursos humanos sempre estiveram presentes nos debates do Conselho.

A seguir é apresentada uma breve caracterização e análise do processo político de formulação da política nacional de atenção básica no governo Lula, com destaque para as relações intergovernamentais e o papel do controle social.

---

<sup>109</sup> Alguns entrevistados apontaram como espaços que possibilitam a discussão, além dos formais, os grupos e câmaras técnicas.

***Relações intergovernamentais na definição da política de atenção primária à saúde: a atuação da CIT no período de 2003 a 2008***

A Comissão Intergestores Tripartite é um espaço formal privilegiado de negociação. Neste fórum só participam representantes das três esferas de governo e o processo decisório se dá por debates, negociações e busca de consensos. Cabe salientar que a CIT não é sequer regulada por Lei, visto que é criada por uma norma operacional<sup>110</sup>, com o objetivo de apoiar o Ministério da Saúde no processo de formulação e implementação das políticas de saúde (MACHADO, 2007a). Na prática, a CIT se destaca particularmente nas negociações e decisões táticas relacionadas à implementação descentralizada de diretrizes nacionais do sistema e aos diversos mecanismos de distribuição de recursos financeiros federais do SUS (MACHADO, LIMA E BAPTISTA, 2008).

As características descritas acima sobre a atuação da CIT ajudam a compreender a relevância do tema atenção primária à saúde nas reuniões da Comissão Intergestores Tripartite do período analisado. A APS foi contemplada em grande parte das discussões, como revela o quadro 5.1, e muitas vezes constituiu-se objeto de debate mesmo quando não fazia parte da pauta.

**Quadro 5.1 - Percentual referente à presença de temas relacionados à política nacional de atenção básica nas pautas de reuniões da CIT, janeiro de 2003 a junho de 2008.**

<b>Anos</b>	<b>%</b>
2003	77,7%
2004	88,8%
2005	55,5%
2006	63,6%
2007	66,6%
2008 (até junho)	20,0%

Fonte: Elaboração própria.

Uma diversidade de temas relativos à atenção primária à saúde foram discutidos nas reuniões realizadas no período de janeiro de 2003 a junho de 2008. O quadro 5.2 aponta os

<sup>110</sup> A norma operacional que instituiu a Comissão Intergestores Tripartite foi a NOB SUS 01/91.

principais temas presentes no cerne do debate em torno da política nacional de atenção básica na Comissão Intergestores Tripartite.

**Quadro 5.2 - Principais temas referentes à atenção primária debatidos na CIT, por ano, 2003 a 2008.**

<b>Ano</b>	<b>CIT</b>
2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pacto de indicadores da Atenção Básica</li> <li>✓ Financiamento da Atenção Básica;</li> <li>✓ Critérios de avaliação da atenção para fins de habilitação em GPAB-A;</li> <li>✓ PROESF;</li> <li>✓ Assistência Farmacêutica Básica;</li> <li>✓ Saúde Bucal;</li> <li>✓ Qualificação e profissionalização dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de vigilância em saúde.</li> </ul>
2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ PROESF;</li> <li>✓ Assistência Farmacêutica Básica;</li> <li>✓ Saúde Bucal;</li> <li>✓ Financiamento da Atenção Básica;</li> <li>✓ Equipe em transição para o Saúde da Família;</li> <li>✓ Regulamentação do trabalho de médicos da equipe de saúde da família em Hospitais de Pequeno Porte;</li> <li>✓ Política de medicina natural e práticas complementares;</li> <li>✓ Implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional no âmbito das ações básicas de saúde do SUS;</li> <li>✓ Núcleos de Saúde Integral;</li> </ul>
2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Assistência Farmacêutica Básica;</li> <li>✓ Núcleos de Saúde Integral;</li> <li>✓ Política de medicina natural e práticas complementares;</li> <li>✓ PROESF;</li> <li>✓ Acompanhamento das condicionalidades para a Bolsa Família no âmbito da saúde.</li> </ul>
2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ PROESF;</li> <li>✓ Política Nacional de Atenção Básica;</li> <li>✓ Mudança na modalidade de financiamento para as ações de alimentação e nutrição;</li> <li>✓ Pró-Saúde e Telessaúde;</li> <li>✓ Concurso público estadual de base local para as equipes de PSF;</li> <li>✓ Indicadores da Atenção Básica;</li> <li>✓ Cadastro Nacional das equipes do PSF e PACS no CNES;</li> <li>✓ Diretrizes Nacionais para elaboração de editais de seleção pública de Agente Comunitário de Saúde.</li> </ul>
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cadastro Nacional das equipes do PSF e PACS no CNES;</li> <li>✓ Núcleo de Atenção Integral/Núcleo de Apoio à Saúde da Família;</li> <li>✓ Política Nacional de Atenção Básica;</li> <li>✓ Assistência Farmacêutica Básica.</li> </ul>
2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Assistência Farmacêutica Básica;</li> <li>✓ Núcleo de Apoio à Saúde da Família.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria a partir dos resumos executivos da CIT do período de janeiro de 2003 a junho de 2008.

A grande diversidade de temas da APS e a alta frequência com que estes aparecem nas discussões da CIT podem ser atribuídas à necessidade de discussão do tema com os gestores estaduais e municipais, porque são estes que implementam e executam a política nacional de atenção primária à saúde no nível local. Entretanto, cabe assinalar que políticas interministeriais do Governo Federal como o Programa Saúde na Escola e Territórios da Cidadania, cuja implementação também depende destes gestores, foram abordadas de forma periférica nos debates da CIT<sup>111</sup>.

Há outros indícios de que a atenção primária à saúde tenha ocupado lugar de destaque na agenda dos atores que participam do processo decisório na CIT. A existência da Diretoria Extraordinária de Atenção Primária e uma câmara técnica na estrutura organizacional do CONASS, a realização de seminários e publicação de documentos por ambos os conselhos de representação nacional dos secretários estaduais e municipais de saúde (CONASS e CONASEMS), são alguns fatores que corroboram tal assertiva.

Pode-se dizer que a centralidade do tema na agenda dos diferentes gestores gerou algumas mudanças no que diz respeito às relações intergovernamentais no período. Foi apontado em entrevista que houve um movimento interessante de aproximação entre CONASS e CONASEMS e sendo que o último, após solicitação, passou a compor juntamente com o DAB a câmara técnica de atenção primária do CONASS. A participação de representantes das três esferas de governo nesta câmara técnica foi citada como um aspecto positivo, pois possibilita a compreensão das dificuldades de operacionalização da política no nível local e pode possibilitar uma intervenção mais eficaz para transformar a prática no cotidiano das unidades básicas de saúde espalhadas pelo país.

Talvez o movimento mais expressivo tenha ocorrido com relação à interlocução entre CONASS e o Ministério da Saúde. No período foram desenvolvidos diversos cursos voltados para a gestão da atenção básica em parceria CONASS – DAB e também foram realizadas reuniões com todos os coordenadores estaduais da atenção básica. Um dos fatores que favoreceu o estreitamento de laços entre os dois gestores foi o fato de um dos dirigentes do DAB no período ter sido previamente consultor do CONASS. Além disso, havia uma avaliação do ministério a partir do PROESF do importante papel dos estados na condução da

---

<sup>111</sup> O Programa Saúde na Escola foi pactuado no mérito, com a ressalva de aprofundar as discussões sobre a operacionalização, metas e recursos financeiros, na reunião ordinária de 14/02/2008. Na reunião de maio tentou-se pactuar um dos pontos que haviam sido apontados para alteração. A tentativa foi mal sucedida pois CONASS e CONASEMS posicionaram-se contrários à proposta. Já o Programa Territórios da Cidadania teve seu lançamento comunicado pela Secretaria Executiva na reunião de fevereiro de 2008.

política de atenção básica. Nas entrevistas fica claro o reconhecimento da importância do gestor estadual. Em sua maioria, os entrevistados reconhecem que a operacionalização da atenção básica é competência municipal, porém apontam como papel dos estados compartilhar discussões e apoiar técnica e financeiramente os municípios.

O movimento de descentralização com ênfase na municipalização que marcou os anos 1990 trouxe implicações significativas sobre o papel de cada esfera de governo na condução da política nacional de atenção básica. Em relação a esta política específica, parece que prevaleceu a concepção de um gestor federal indutor, um gestor municipal executor e um gestor estadual ausente do processo, embora em alguns estados a situação seja diferente.

No entanto, observa-se nesse período uma tentativa de fortalecer o papel do estado na condução da política nacional de APS. A representação nacional dos secretários estaduais de saúde passa a se posicionar de forma contundente em seus documentos e defende a responsabilidade inerente do gestor municipal pela organização e operacionalização da atenção primária, mas ressalta que cabem ao gestor estadual as macro funções de formulação da política, planejamento, co-financiamento, cooperação técnica e avaliação, no âmbito do território regional e estadual (CONASS, 2007).

Em síntese, a breve análise aqui exposta sobre as relações intergovernamentais sugere que houve certo fortalecimento das relações entre os dirigentes das diferentes esferas de governo no período de 2003 e 2008 e que, pela própria natureza do tema, o processo político de formulação da política de atenção primária à saúde no país é altamente compartilhado pelos três gestores, principalmente no âmbito da CIT.

### ***Controle social: o papel do CNS e das Conferências Nacionais de Saúde***

A Lei Orgânica da Saúde 8142 de 1990 estabelece duas formas de participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde: a Conferência Nacional de Saúde e o Conselho de Saúde. Estas são instâncias colegiadas regulamentadas pela referida lei.

Cabe mencionar as diferenças entre as arenas supracitadas. A Conferência é um espaço público de deliberação coletiva sobre as diretrizes que devem guiar a estruturação e condução do SUS, sendo que nela o princípio da participação da comunidade assume explicitamente um caráter decisório acerca da configuração do sistema (GUIZARDI ET AL, 2004). É composta por representações dos vários segmentos da sociedade, que se reúnem a cada quatro anos após convocação pelo Executivo para definir os grandes rumos da política de saúde. Já o Conselho

é uma instância também com poder deliberativo, cuja função é formular estratégias e controlar a execução das políticas. É composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários do SUS.

A composição do Conselho Nacional de Saúde passou por diversas modificações desde sua criação. As duas alterações mais recentes ocorreram em 2003 e 2006, ambas a partir de decretos presidenciais<sup>112</sup>. Em 2003 foi aprovada uma nova composição que ampliou de 32 para 40 o número de seus membros e incluiu representações do movimento de mulheres, movimento indígena e movimentos populares nacionais; posteriormente passou para 48 o número de conselheiros titulares. Cabe lembrar que a distribuição das vagas é paritária.

Assim como na CIT, temas relacionados à política nacional de atenção básica foram bastante freqüentes nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde, como revela o quadro abaixo. É possível observar, entretanto, que houve certa oscilação com relação à freqüência dos temas da APS nas pautas do Conselho.

**Quadro 5.3 - Percentual referente à presença de temas relacionados à política nacional de atenção básica nas pautas de reuniões do CNS, janeiro de 2003 a junho de 2008.**

Anos	%
2003	13,3%
2004	23,1%
2005	50,0%
2006	45,4%
2007	14,2%
2008 (até junho)	50,0%

Fonte: Elaboração própria.

O quadro 5.4 revela os principais temas referentes à política nacional de atenção primária à saúde que fora objeto de análise do CNS no período do estudo.

<sup>112</sup> Decreto 4.699, de 19 de maio de 2003 e 5839 de 11 de julho de 2006.

**Quadro 5.4 - Principais temas referentes à atenção primária debatidos no CNS, por ano, 2003 a 2008.**

Ano	CNS
2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reorganização da atenção básica;</li> <li>✓ PROESF.</li> </ul>
2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Saúde Bucal;</li> <li>✓ Financiamento da Atenção Básica;</li> <li>✓ Equipe em transição para a Saúde da Família;</li> <li>✓ Política nacional de saúde indígena.</li> </ul>
2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Equipe em transição para o Saúde da Família;</li> <li>✓ Assistência Farmacêutica Básica;</li> <li>✓ Núcleos de Saúde Integral;</li> <li>✓ Política de medicina natural e práticas complementares.</li> </ul>
2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Política de medicina natural e práticas complementares;</li> <li>✓ Política Nacional de Atenção Básica;</li> <li>✓ Saúde Bucal;</li> <li>✓ Pró-Saúde e Telessaúde.</li> </ul>
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Residência multiprofissional;</li> <li>✓ Núcleo de Atenção Integral/Núcleo de Apoio à Saúde da Família.</li> </ul>
2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Núcleo de Apoio à Saúde da Família.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria a partir dos resumos executivos da CIT do período de janeiro de 2003 a junho de 2008.

Com relação ao conteúdo levado para discussão no âmbito CNS, observa-se o predomínio de questões estratégicas para a política nacional de atenção primária à saúde, com destaque para questões que envolvem as grandes diretrizes da política, o financiamento e recursos humanos. Uma preocupação sempre presente nas discussões era a questão da precarização do trabalho em saúde, inclusive dos profissionais que atuam na estratégia de Saúde da Família. Em contrapartida, políticas interministeriais que envolvem diretamente as equipes de saúde da família como o Programa Saúde na Escola e Territórios da Cidadania só foram apresentados no fórum em resposta ao convite do CNS<sup>113</sup>. Isto sugere limitações do poder deliberativo do Conselho sobre determinados temas relevantes da política nacional de saúde.

Uma última perspectiva de análise concerne ao processo de formulação e deliberação que se dá nas Conferências de Saúde. Como dito anteriormente, no período analisado ocorreram duas Conferências. A 12<sup>a</sup>, realizada entre os dias 7 a 11 de dezembro de 2003, em Brasília, estava programada para acontecer apenas em 2004. No entanto, foi antecipada por decisão do Plenário do Conselho Nacional de Saúde, que optou pelo fio condutor da revisão dos 15 anos do Sistema Único de Saúde e os rumos a serem seguidos a partir de então (BRASIL, 2004a). Em homenagem póstuma ao deputado e secretário de gestão participativa Antonio Sergio da Silva Arouca, que defendeu e participou ativamente da formulação da matriz temática da 12<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, a referida conferência teve acrescido ao seu título o nome Sérgio Arouca.

A 12<sup>a</sup> Conferência buscou reviver, em alguma medida, o espírito democrático da 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde ao congregar expectativas e anseios da retomada dos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária (ESCOREL E BLOCH, 2005). O tema central dessa conferência foi “Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos”. A mudança no modelo de atenção à saúde no SUS foi apontada como o grande desafio e a ênfase na atenção básica, priorizando a estratégia saúde da família e outras semelhantes, como forma de superá-lo. Havia clareza naquele momento de que a ênfase seria a atenção básica e o saúde da família, entretanto também se sabia que esta estratégia não era e nem poderia ser a única no âmbito da atenção básica, em virtude da diversidade dos municípios brasileiros. Apontava-se também a necessidade de inclusão de outros profissionais de acordo com as necessidades locais, para apoiarem as equipes de saúde da família.

---

<sup>113</sup> Na reunião ordinária do CNS de abril de 2008, a representante da Subchefia de Articulação e Monitoramento da Casa Civil apresentou o Programa Territórios de Cidadania.

Nesse sentido, dentre as deliberações da 12ª Conferência para atenção básica tem-se a organização de equipes multiprofissionais de apoio às equipes de Saúde da Família, de acordo com as necessidades locais, organizadas em unidades de referência e contratadas por meio de concurso público ou da complementação salarial de profissionais concursados. O debate em torno dessa questão perpassou todo o primeiro mandato do governo Lula, sendo efetivada após alterações somente em 2008, com a criação dos NASFs. Além disso, o relatório aponta a Saúde da Família como uma das portas de entrada do sistema, o que sugere o reconhecimento de outros modelos de atenção básica.

A Conferência seguinte, a 13ª, realizada quatro anos depois, de 14 a 18 de novembro de 2007, trouxe como eixo central a questão ‘Saúde e qualidade de vida. Políticas de Estado e Desenvolvimento’. Um fato histórico marcou a realização do evento. Pela primeira vez uma Conferência não foi coordenada pelo Ministério da Saúde, mas sim pelo presidente eleito do Conselho Nacional de Saúde (Francisco Batista Júnior).

Os principais temas que direta ou indiretamente estavam relacionados com a atenção básica abordados nessa conferência foram: a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; garantia de serviços de atenção básica e psicossocial às crianças e adolescentes em risco e em sofrimento psíquico, e também às famílias; adequação do número de famílias/domicílios por agentes de saúde; formação de recursos humanos; saúde bucal.

Chama atenção no conteúdo deliberativo da 13ª a ênfase na questão de recursos humanos, em especial na formação dos trabalhadores da saúde que compõem a equipe da estratégia de Saúde da Família. Recomenda-se inclusive que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde incentivem os membros das equipes de saúde da família a se especializarem em atenção básica, a fim de atuarem de acordo com a inovação nos modos de operar os processos de trabalho, bem como fomentar a articulação e a interação da equipe por meio de reuniões clínicas, estudos de caso interdisciplinares e coletivos, oficinas, mesas-redondas e outros (BRASIL, 2008a).

O quadro abaixo apresenta os aspectos gerais e principais temas debatidos nas duas Conferências Nacionais de Saúde ocorridas no período de 2003 a 2008.

**Quadro 5.5 – Aspectos gerais e principais temas debatidos nas Conferências Nacionais de Saúde realizadas no período de 2003 a 2008.**

Conferência	Local/Data	Ministro da Saúde	Tema central	Eixos temáticos	Temas referentes à atenção básica em destaque
12ª Conferência Nacional de Saúde/ Conferência Sergio Arouca	Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003	Humberto Costa	Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos.	<p><b>Eixo I</b> – Direito à saúde</p> <p><b>Eixo II</b> – A Seguridade Social e a Saúde</p> <p><b>Eixo III</b> – A intersetorialidade das ações de saúde</p> <p><b>Eixo IV</b> – As três esferas de governo e a construção do SUS</p> <p><b>Eixo V</b> – A organização da atenção à saúde</p> <p><b>Eixo VI</b> – Controle social e gestão participativa</p> <p><b>Eixo VII</b> – O trabalho na saúde</p> <p><b>Eixo VIII</b> – Ciência e tecnologia e a saúde</p> <p><b>Eixo IX</b> – O financiamento da saúde</p> <p><b>Eixo X</b> – Comunicação e informação em saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampliação da cobertura na atenção básica, priorizando a estratégia da Saúde da Família e outras semelhantes que possibilitem a mudança do modelo de atenção;</li> <li>- Criação de incentivos técnicos e financeiros pelas três esferas de governo para implantação de: equipes multiprofissionais de atenção domiciliar; programa de reabilitação domiciliar para portadores de limitações funcionais e da comunicação; equipes multiprofissionais de apoio às equipes de Saúde da Família, de acordo com as necessidades locais;</li> <li>- Implantação da Saúde Bucal em todas as equipes do PSF.</li> </ul>
13ª Conferência Nacional de Saúde	Brasília, 14 a 18 de novembro de 2007	José Gomes Temporão	Saúde e qualidade de vida. Políticas de Estado e Desenvolvimento.	<p><b>Eixo I</b> – Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento</p> <p><b>Eixo I</b> – Inéditas</p> <p><b>Eixo II</b> – Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde</p> <p><b>Eixo II</b> – Inéditas</p> <p><b>Eixo III</b> – A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde</p> <p><b>Eixo III</b> – Inéditas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolvimento de ações com ênfase na atenção básica, capazes de efetivar a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e garantir o direito humano à alimentação adequada;</li> <li>- Garantia de serviços de atenção básica e psicossocial às crianças e adolescentes em risco e em sofrimento psíquico e às famílias;</li> <li>- Adequação do número de famílias/domicílios por agentes de acordo com a realidade local;</li> <li>- Estímulo a especialização dos profissionais que atuam na ESF, a partir das necessidades do SUS, com ênfase nas áreas de atenção básica em saúde da família e comunidade;</li> <li>- Maior repasse de recursos aos PSFs, à saúde na atenção básica e às unidades de saúde rurais;</li> <li>- Institucionalização e socialização da Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da Atenção Básica;</li> <li>- Criação de mecanismos para implantação do Programa de Atenção Domiciliar;</li> </ul>

					<ul style="list-style-type: none"><li>- Garantia do acesso às ações de saúde bucal;</li><li>- Ampliação da cobertura pelo PSF;</li><li>- Criação de programas de atenção básica, de prevenção, de tratamento e reabilitação que visem à diminuição das internações hospitalares;</li><li>- Inclusão da terapia familiar e de casal na atenção básica;</li><li>- Garantir a prevenção, promoção e habilitação da saúde mental na Atenção Básica/PSF</li></ul>
--	--	--	--	--	--

Fonte: Elaboração própria.

Foi possível observar que enquanto na 12ª Conferência a estratégia de Saúde da Família era citada como uma das portas de entradas da atenção básica, na 13ª o tom muda, e a Saúde da Família é apontada como a estratégia prioritária para organização da atenção básica no país. A atenção primária à saúde foi um tema altamente debatido em diversos eixos temáticos, chamando atenção para o caráter transversal dessa política específica.

Embora o trabalho desenvolvido nas Conferências de Saúde seja extremamente relevante para a formulação da política nacional de atenção primária à saúde, no que diz respeito ao controle social destacou-se no período o papel decisório do Conselho Nacional de Saúde, ao vetar ou reformular propostas que já haviam garantido apoio em outras instâncias. Foram travadas intensas discussões que muitas vezes se estenderam por mais de uma reunião, marcadas pelas tentativas frustradas de representantes do primeiro e segundo escalão do Ministério da Saúde de reverter o posicionamento do Conselho.

### ***Atores e processo político: influências e compartilhamento de decisões na formulação da política nacional de atenção primária à saúde***

Após breve exposição sobre a participação dos principais atores na formulação da política de APS, é possível destacar algumas questões relevantes do processo político em si, a partir de exemplos emblemáticos ocorridos no período analisado.

A primeira questão refere-se à visão da CIT e do Conselho Nacional de Saúde em relação à estratégia de Saúde da Família. Como visto anteriormente, uma das propostas de flexibilização do modelo de PSF foi a criação de equipe em transição para o Saúde da Família. Assim que a proposta foi apresentada na CIT em 2004, o CONASEMS manifestou-se solicitando a alteração do nome do projeto argumentando que este era um modelo diferente do proposto no Programa de Saúde da Família. Além disso, reivindicou o aumento de 50% do valor do financiamento. Já o CONASS solicitou informações a respeito do impacto financeiro da proposta, mecanismos de acompanhamento e avaliação e estratégias para garantir a diferenciação do modelo de PSF vigente. Após discussão na Comissão Intergestores Tripartite, a proposta foi aprovada sendo pactuados os seguintes pontos: a) revisão da redação da portaria para melhor compreensão; b) o financiamento das equipes de transição não será vinculado ao percentual pago às equipes do saúde da família, devendo ser elaborada uma tabela à parte, com valor fixo; c) os resultados obtidos com as equipes de transição serão analisados em doze meses, podendo ser prorrogado o prazo para funcionamento das equipes; d) o cálculo da

cobertura populacional deve ser feito em separado, isto é, as equipes de transição não devem ser consideradas para cálculo da cobertura do PSF dos municípios; f) essas equipes não podem substituir as equipes do PSF existentes. Foi acordado que o Ministério da Saúde enviaria uma cópia da versão final da portaria ao CONASS e ao CONASEMS antes da publicação em Diário Oficial, e aguardaria a decisão final do Conselho Nacional de Saúde sobre o assunto. A proposta foi levada ao CNS e vetada, revelando que estes atores não coadunam opiniões em alguns momentos.

Outra questão interessante foi a mudança do nome da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares do SUS para “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS”, uma exigência do Conselho para sua aprovação. Embora concordassem com o conteúdo da política<sup>114</sup>, os representantes do CNS viam no nome uma restrição da política à prática médica. Isso se deve ao fato do Conselho ser composto não apenas por gestores, mas também por profissionais de saúde, entre outros, que neste caso vislumbraram uma brecha que poderia enfraquecer a implementação dessa política ao possibilitar que questões corporativas aflorassem<sup>115</sup>.

Uma última questão se relaciona às diferentes visões e interesses que permeiam o processo de aprovação de um projeto, evidenciadas a partir do exemplo do longo processo de criação do NASF. Dentre outros interesses em jogo, foi notória a pressão das diferentes categorias profissionais não contempladas na equipe mínima do PSF, identificada a partir da análise documental e entrevistas. Embora a proposta fosse de um núcleo assistencial, até mesmo os veterinários lutaram no Conselho Nacional de Saúde para garantirem sua inserção, informou um dos entrevistados.

Sobre as instâncias de compartilhamento de decisões, observou-se no período o debate da APS com maior frequência na CIT do que no CNS, o que pode estar relacionado ao fato dos temas referentes à atenção primária à saúde, bem como os demais em geral, serem encaminhados ao CNS para validação após proposição na CIT, em virtude do fluxo decisório e operacional estabelecido por regulamentação específica. Há uma maior diversidade de questões discutidas no âmbito da CIT do que no CNS, porém neste fórum se discute principalmente questões estratégicas da política, o que é coerente com o seu papel.

---

<sup>114</sup> Foram feitas alterações pontuais no texto da política solicitadas pelo CNS, dentre as quais se destacam: a alteração do nome da política, inserção do Termalismo/Crenoterapia; substituição da palavra “médicos” por “profissionais de saúde” em alguns capítulos.

<sup>115</sup> O Conselho Nacional de Saúde é composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 1990).

Em síntese, é possível afirmar que o processo de formulação da política de atenção básica no âmbito nacional, embora bastante complexo, é amplamente compartilhado com os diferentes atores que influenciam a configuração dessa política, e a participação desses foi principalmente nos espaços formais de pactuação e deliberação, o que representa um avanço para a consolidação do SUS.

## Considerações finais

O início de uma nova conjuntura em 2003, favorável à implantação de medidas visando mudanças profundas no cenário nacional, após 15 anos de promulgação da Constituição Federal de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde, estimula a reflexão sobre os avanços, limites e perspectivas do processo de reforma sanitária brasileira ainda em curso.

O SUS configurou uma reforma de tipo *big-bang* (VIANA E DAL POZ, 1998), pelas grandes mudanças político-institucionais e avanços gerados a partir de sua criação. Destaca-se o reconhecimento do direito à saúde como o principal avanço, pois representou a inclusão social de milhões de brasileiros, e reafirmou a saúde como uma política de Estado.

Um ator que tem se destacado neste processo é o gestor federal, representado pelo Ministério da Saúde, em virtude de seu papel estratégico na condução de uma política nacional de saúde de caráter universal, em um contexto político democrático federativo, constituído por três entes governamentais – União, estados e municípios.

No que concerne à política nacional de atenção primária à saúde, vale ressaltar que esta possui uma longa trajetória histórica no país, caracterizada por diferentes fases relacionadas à sua inserção na política de saúde brasileira, como aponta o estudo de Fausto (2005). A década de 1990 foi marcada por expressivas mudanças que trouxeram a APS para o centro da agenda decisória federal. Nesse período foram construídas bases sólidas da política e definidas as regras e estratégias relativas à atenção primária à saúde.

A partir da NOB 96, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família passam a ser incorporados pelo Ministério da Saúde como estratégias prioritárias para a reorganização da atenção primária nos sistemas municipais de saúde. No entanto, ainda que a implementação de tais propostas estivessem inseridas na perspectiva de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS e como instrumento para efetivação dos princípios de universalidade e integralidade, a ênfase na APS, em especial nesses programas, não foi o suficiente para dar conta do conjunto de desafios estruturais do sistema de saúde brasileiro.

Cabe resgatar que o contexto em que se dá a implementação de tais propostas foi bastante desfavorável. Havia duas agendas opostas vigentes: a agenda de Reforma Sanitária brasileira, que propunha a reestruturação da política de saúde, inserida em uma lógica de seguridade social, e a agenda de Reforma do Estado, de caráter restritivo quanto aos gastos

públicos. A hegemonia desta última trouxe uma série de dificuldades para a implantação das propostas reformistas do movimento sanitário.

Nesse sentido, a eleição de um candidato de esquerda à presidência da república em 2003 gerou grandes expectativas em relação à implementação das mudanças necessárias para que se avançasse no processo de reforma sanitária. No que diz respeito à política nacional de atenção primária à saúde, questionava-se qual seria o “tom” da condução desta política específica e se esta permaneceria como uma política prioritária no novo governo.

Este estudo analisou a condução federal da política nacional de atenção primária à saúde no período de 2003 a 2008, que corresponde a grande parte dos dois mandatos do governo Lula. Buscou-se evidenciar elementos de continuidade e mudanças em relação aos anos 1990, a partir da inserção da APS na agenda federal e das estratégias prioritárias no período.

Em que pese a ênfase do governo Lula com relação ao social não ter sido a saúde, mas sim a criação de programas de combate à pobreza e inclusão social, a política nacional de atenção básica sofreu algumas mudanças importantes no período. No entanto, foi possível observar elevado grau de continuidade da atuação do Ministério da Saúde em relação à gestão anterior, principalmente no que concerne à regulação e ao financiamento federal desta política específica.

No início do governo apontava-se como o grande desafio do setor a ampliação do acesso à assistência com melhoria na qualidade do atendimento prestado à população brasileira. Reconhecia-se a necessidade de efetivação do acesso universal e integral, além da mudança do modelo de atenção no SUS. Uma das medidas anunciadas pela cúpula do Ministério da Saúde à época para superação desse desafio foi a ampliação dos investimentos na atenção básica e no PSF.

Dentre as primeiras iniciativas do novo governo, destacam-se as mudanças ocorridas na estrutura regimental do Ministério da Saúde, pois sugerem uma ênfase na integração da atenção básica com os demais níveis de atenção e áreas do ministério, bem como o enfrentamento de questões importantes, tais como a assistência farmacêutica e a formação de recursos humanos no âmbito da atenção básica. Em certa medida, tais mudanças favoreceram a condução da política nacional de atenção primária à saúde.

Assim como no período anterior, a atenção primária à saúde permaneceu como política prioritária no discurso oficial ao longo do governo Lula. Novamente o Programa de Saúde da Família se destacou como a estratégia hegemônica de organização da APS no país. Os dados referentes à taxa de cobertura populacional pelo programa corroboram esta assertiva

ao revelarem que logo nos primeiros anos desse governo houve um crescimento significativo, alcançando 46,2% ao final do primeiro mandato. Eram os primeiros indícios do destaque desta política na agenda do gestor federal.

Se no início da implantação do PSF a diretriz era expandir o programa para os bolsões de pobreza identificados no mapa da fome do IPEA, no decorrer do processo outras áreas passam a ser priorizadas, visto que não se tratava de uma proposta focalista. Ao término do governo FHC, a expansão do programa para as demais regiões do país e principalmente os grandes centros urbanos passa a ser o foco da atenção do Ministério da Saúde, o que persiste no governo Lula.

A expansão do PSF embora tenha assumido contornos mais abrangentes, favorecidos por sua inserção em um sistema universal pautado pelos princípios da integralidade e equidade, na sua implementação esbarrou em dilemas histórico- estruturais do sistema, sem no entanto lograr enfrentá-los de maneira efetiva, afim de gerar mudanças em sua configuração atual. Além disso, ao entrar nos grandes centros e regiões metropolitanas, o PSF deparou-se com uma dinâmica urbana completamente distinta da dos municípios de pequeno e médio porte (BOUSQUAT, COHN E ELIAS, 2005). Mais ainda, encontrou uma rede de atenção à saúde altamente diversificada e especializada, em que a participação do setor privado é bastante significativa. Tais questões trazem à tona a necessidade de se repensar o PSF como modelo único a ser reproduzido em todos os municípios brasileiros.

Ainda em relação à opção do Ministério da Saúde por um determinado modelo de atenção básica que só admite na porta de entrada o médico que atue como generalista, cabe ressaltar que a defesa de tal proposta traz diversas implicações para sua implementação em nível local. Dentre elas destaca-se que o engessamento do modelo em torno deste profissional reflete o não reconhecimento da formação inadequada dos médicos em grande parte do país, voltada ainda para a excessiva especialização, centrada na atenção hospitalar.

O modelo proposto pelo PSF exige um profissional médico altamente qualificado, com competência clínica para exercer a função de filtro (*gatekeeper*) e então poder solucionar os cerca de 80% dos problemas de saúde que acometem a população adscrita, muitos deles determinados pelas condições sociais dos indivíduos. Campos (2005) chama atenção para o fato de que a função filtro de um médico depende de sua formação, de um processo de educação continuada e da disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos que lhe permita intervir em problemas concretos.

No período de estudo algumas iniciativas em parceria com o Ministério da Educação foram efetuadas no sentido de enfrentar tal problema. No entanto, a reversão deste quadro só

será possível através de investimento maciço a médio e longo prazo na reorientação da formação médica e dos demais profissionais de saúde, voltada para o cuidado em atenção primária à saúde.

Sobre a exigência do regime de trabalho de dedicação exclusiva dos profissionais que atuam no PSF, cabe destacar que a não flexibilização da carga horária dos profissionais traz conseqüências como dificuldades para fixação destes em determinadas localidades. Embora se concorde com os estudos que apontam diversas vantagens na manutenção de um profissional 40h, é necessário refletir sobre as diferentes realidades nos diversos municípios de nosso país, que possui dimensões continentais.

No que diz respeito à inserção da atenção primária à saúde na nova agenda federal, embora o tema tenha ocupado lugar central, em uma perspectiva abrangente, observa-se que a APS não se consagrou como eixo estruturante do SUS e principal porta de entrada do sistema. Percebe-se a conformação de um quadro contraditório, em que se propaga uma concepção de atenção primária à saúde inspirada nos atributos apontados por Starfield (2002) – atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção – porém na prática a atenção primária à saúde no Brasil ainda deixa a desejar no que diz respeito ao potencial e o alcance de cada um dos atributos mencionados pela referida autora.

Mesmo a atenção primária à saúde tendo sido uma política prioritária ao longo de todo o período estudado, foi possível identificar a configuração de dois diferentes momentos que marcam sua inserção na agenda do Ministério da Saúde. Primeiramente, entre 2003 e 2005, observou-se a presença de visões distintas em relação ao modelo de atenção básica e a inserção do PSF. Houve questionamento no âmbito do ministério sobre o PSF como modelo único para reorganização da atenção básica no país. Os principais pontos de discussão estavam relacionados à composição de sua equipe mínima - formada exclusivamente por profissionais que devem atuar em uma lógica generalista -, a pertinência na exigência de carga horária semanal de 40 horas para os médicos, e a necessidade de fortalecer a perspectiva da clínica ampliada no modelo de atenção proposto por este programa, cuja ênfase está na promoção da saúde e prevenção de doenças. Parte desses questionamentos estava relacionada à preocupação em adequar o programa às diferentes realidades dos municípios brasileiros e a detecção de dificuldades concretas na operacionalização da estratégia como originalmente formulada.

Nesse momento foram então discutidas algumas propostas de flexibilização do modelo original de PSF, porém sem êxito, demonstrando a dificuldade de implementação de

mudanças em determinadas políticas, pois como afirma Pierson (2004) os custos para efetivá-las aumentam acentuadamente ao longo do tempo.

No período seguinte, de 2006 a 2008, permanecem os questionamentos e visões distintas, porém o modelo do PSF conforme configurado em meado dos anos 1990 se reafirmou como prioritário para a atenção básica, revelando a influência no período recente da trajetória histórica percorrida por esta política. A criação dos NASFs encerra o período de estudo coroando a Saúde da Família como a estratégia prioritária para organização da atenção básica no SUS. A inclusão de novos profissionais em um núcleo de apoio reafirma o modelo de porta de entrada formado por equipes integradas por no máximo um médico que atue como generalista, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

No que diz respeito às funções do Ministério da Saúde – execução direta de ações e serviços; planejamento; regulação e financiamento -, a análise empreendida permitiu identificar elementos de continuidade e mudanças no modelo de intervenção do gestor federal no período estudado. Ainda que em uma nova conjuntura, os achados sugerem elevado grau de continuidade com relação aos anos 1990, cuja ênfase foi a regulação, expressa através da edição de grande quantidade de normas e portarias, e o financiamento atrelado à adesão de programas específicos, caracterizando o modelo de intervenção da instância federal no referido período.

Assim como no período anterior, o papel de execução direta de ações e serviços de saúde ambulatoriais é residual, limitado a algumas UFs, em consonância com o movimento de descentralização com ênfase na municipalização dos anos 1990. Também foi possível observar elevado grau de continuidade com relação ao planejamento federal. Embora tenha ocorrido pela primeira vez na história do SUS a formulação de um Plano Nacional de Saúde quadrienal, no que se refere à política nacional de atenção primária à saúde observou-se o predomínio de estratégias de curto prazo em detrimento de uma perspectiva abrangente e integrada de médio e longo prazo. O enfrentamento desta lacuna é uma questão central para que haja avanços na política.

Já em relação ao poder de regulação do Ministério da Saúde, no período analisado permaneceu sendo exercido por meio da edição de centenas de portarias federais. O financiamento por sua vez também manteve o padrão do período anterior, ou seja, os recursos são vinculados aos programas prioritários do ministério - como é o caso do PSF e do Brasil Sorridente - não podendo ser redirecionados para outros fins e são repassados mediante atendimento das exigências impostas pelo gestor federal, sem levar em consideração a heterogeneidade dos municípios brasileiros. As principais mudanças observadas estão

associadas às tentativas de combate às desigualdades regionais, em uma perspectiva de equidade e a inclusão de populações especiais (quilombolas, assentados), até então pouco consideradas pelas regras do SUS, em parte relacionadas à agenda social do governo Lula. Além disso, foi possível observar mudanças incrementais relacionadas ao enfrentamento de problemas ainda não equacionados no SUS, com destaque para a questão dos recursos humanos.

No que tange à regulação federal sobre a política nacional de atenção básica, ainda é muito forte e baseada na emissão de portarias de indução de programas/políticas via financiamento. Predomina a lógica de qualificação de municípios que cumprem os requisitos impostos pela normativa federal, como parte do processo de descentralização no SUS. Esta característica que marcou os anos 1990 persiste e reflete as concepções sobre o papel de cada esfera de governo na condução da política nacional de atenção básica.

Com relação ao conteúdo normativo produzido no período de estudo, cabe destacar que esteve voltado ao enfrentamento das fragilidades já identificadas com relação à atenção primária à saúde no país, tais como a ampliação da resolutividade neste âmbito de atenção, a expansão da estratégia de Saúde da Família nos grandes centros e a formação dos recursos humanos para atuação neste nível, e refletiram a valorização da política nacional de atenção básica e da estratégia de Saúde da Família durante o período estudado, principalmente a partir de 2006. Nesse sentido, o PROESF, a ampliação das ações na atenção básica, a incorporação de novos profissionais à estratégia - através da criação dos NASFs e a criação de programas voltados para a mudança na formação de recursos humanos e educação permanente - foram estratégias prioritárias.

No que concerne ao financiamento federal, houve um esforço visando um financiamento mais equitativo e o reajuste dos principais incentivos da atenção básica. Além disso, foram criados diversos incentivos, em especial aos programas prioritários na agenda do governo federal, tais como o Brasil Sorridente. Em que pese as iniciativas no período visando a equidade na alocação dos recursos da atenção básica, permanece o desafio de combater as desigualdades regionais.

Ainda que os recursos destinados à atenção básica sejam insuficientes, ao longo do governo Lula houve crescimento da execução orçamentária deste programa em todos os anos. Isto reflete o esforço do gestor federal em garantir um aporte maior de recursos para este programa, prioritário nesta gestão. Exemplo disto foram os sucessivos reajustes no valor do PAB-fixo, que desde sua criação em 1998 não sofria correção significativa de seu valor.

Por outro lado, um aspecto crucial a ser ressaltado é que, embora tenha havido crescimento no aporte de recursos para este nível de atenção no período analisado, permanece ainda o financiamento federal fragmentado, voltado para a indução de programas específicos, delimitando assim a decisão dos gestores locais sobre a utilização destes recursos. Além disso, observou-se que grande parte dos recursos federais é destinada às ações de média e alta complexidade. Ao contrário do que ocorre com os recursos referentes à atenção básica, as transferências federais de média e alta complexidade privilegiam as regiões do país economicamente mais desenvolvidas, contribuindo para a manutenção das gritantes desigualdades regionais.

Sobre a formulação da política nacional de atenção básica, observou-se a influência de diferentes atores nos processos decisórios referentes a esta política, principalmente por meio da participação nos canais institucionais formais – a CIT e o CNS. Ressalta-se que a centralidade da atenção primária à saúde na agenda dos diferentes gestores gerou, em certa medida, mudanças no que diz respeito às relações intergovernamentais e definição do papel de cada esfera de governo em relação à condução desta política específica. Não havia dúvidas sobre o papel dos municípios na execução de ações e serviços de atenção primária, porém houve uma tentativa de fortalecer a participação da esfera estadual na condução da política de APS, ator que anteriormente havia estado mais afastado do processo.

Permanece o desafio de reconfiguração do modelo regulatório federal e a garantia de um aporte maior de recursos para este nível de atenção, afim de que ocorra o efetivo fortalecimento da atenção primária no país.

Outro fato a ser destacado como desafio ainda não equacionado pela política nacional de atenção básica é a efetiva mudança do modelo de atenção no SUS. Estudos nesta perspectiva têm revelado que as ações desenvolvidas no âmbito do PSF, estratégia escolhida para promover a mudança na atenção básica, permanecem baseadas em uma lógica curativa, a partir das queixas dos pacientes, tal qual observado nas unidades da rede básica tradicional. Não há continuidade do cuidado promovido, tão pouco é garantido acesso aos demais níveis de atenção. Nesse contexto, não é difícil compreender a superlotação das emergências, principalmente nos grandes centros, visto que por mais longa que seja a espera pelo atendimento, nessas unidades o paciente tem garantida a realização de exames complementares e continuidade da assistência, caso necessite.

Para que a proposta alcance seus objetivos traçados originalmente faz-se necessário não só a mudança das práticas, mas também a articulação com os demais níveis de complexidade, visando assegurar a integralidade. Além disso, há a necessidade de discutir-

se o incentivo à estratégias diferentes do modelo proposto pelo PSF. O cerne da discussão deve extrapolar questões como a adoção dos princípios do PSF de territorialidade e adscrição da clientela, pois se sabe que nem sempre estes são os mais adequados para as diferentes realidades locais do país. Deve-se, pois, preocupar-se com a adoção de um modelo que garanta a prestação de cuidados com qualidade e a efetivação dos princípios do SUS de universalidade e integralidade. Para isso, é essencial garantir também o acesso aos medicamentos.

Parte dos desafios supracitados relaciona-se à garantia de cuidados de alta qualidade no âmbito da atenção primária. Nesse sentido, torna-se imprescindível a qualificação e o comprometimento dos profissionais que atuam neste nível de atenção. Há de se rever também as condições de inserção desses profissionais, principalmente na Saúde da Família, pois o fortalecimento dessa estratégia também deve considerar melhores condições de trabalho e de vínculo empregatício.

Ao término deste trabalho é possível concluir que avanços ocorreram no que diz respeito à atenção primária no governo Lula. Foi possível observar além de elementos de continuidade, mudanças incrementais e algumas inovações importantes, tais como a ampliação da cobertura e do escopo das ações no âmbito da atenção primária à saúde, ainda que desafios antigos não tenham sido superados. O enfrentamento desses dilemas é um dos grandes desafios deste e dos próximos governos, para que ocorra a consolidação da atenção primária à saúde no país enquanto estratégia estruturante do Sistema Único de Saúde.

## Referências Bibliográficas

ABRUCIO, F. L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p.77-125.

ALMEIDA, C. M. Novos modelos de atenção à saúde: bases conceituais e experiências de mudança. In: COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. (Org.). **Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90**. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional/ ENSP; 1996. p. 69-98.

\_\_\_\_\_. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência e Saúde Coletiva**, 1999, 4(2): 263-286.

ALMEIDA, M. H. T. A política social no governo Lula. **Novos Estudos**, 2004; 70: 7-17.

\_\_\_\_\_. Federalismo, Democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, 2001, 13-34.

AQUINO, R. **Programa de Saúde da Família: determinantes e efeitos de sua implantação nos municípios brasileiros**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2006.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista**. Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1975.

ARRETICHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em perspectiva**, 2004, 18(2): 17-26.

ARTMANN, E. **Evolução histórica do conceito de planejamento econômico e social**. 2007. Microsoft Office Power Point 2003.

ATUN, R. A. **What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services?** Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), Jan 2004. Disponível em: [http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/primaryvsspecialist/20040115\\_15](http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/primaryvsspecialist/20040115_15) Acesso em: 15 fev. 2008.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. **Universalismo básico**: Una nueva política social para América Latina. 2006.

BAPTISTA, T. W. F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a conduta nacional da política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 2007, 23: 615-26.

\_\_\_\_\_. **A política nacional de saúde bucal no governo Lula**. 2008. Texto integrante do relatório científico final do projeto de pesquisa “O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira no período de 2003 a 2006”. FAPERJ, Rio de Janeiro, 2008. p. 65-81.

BAPTISTA, T. W. F.; BORGES, C. F.; SIMON, A. G. **A política nacional de saúde mental no governo Lula (2003-2008)**. 2008. Texto integrante do relatório científico final do projeto de pesquisa “O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira no período de 2003 a 2006”. FAPERJ, Rio de Janeiro, 2008. p. 83-98.

BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V. O Legislativo e a Saúde no Brasil. In: MATTA, G. C. ; PONTES, A. L. M. (Org.). **Políticas de Saúde e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 81-114.

BARROS, D. M. **Demanda de pronto-atendimento ao serviço de emergência de um hospital geral em um município coberto pela Estratégia de Saúde da Família**: o caso de Quissamã. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

BARROS, M. C. M. M. **Piso da Atenção Básica: um estudo de caso da descentralização da saúde no Brasil**. 2003. Dissertação (Mestrado em Economia Social e do Trabalho) – Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2003.

BARTOLE, M. C. S. Concepções e Formulação de Políticas e Programas com Enfoque da Integralidade: O Exemplo da Política nacional de Saúde Bucal. In: MACAU LOPES, M. G. **Saúde Bucal coletiva**: implementando idéias, concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008. p. 161-173.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2002, 7(3): 401-412.

BOSCHI, R. R. Capacidades estatais e políticas de desenvolvimento no Brasil: tendências recentes. In: MELO, C. R., SÁEZ, M. A. (Org.). **A democracia brasileira**: balanço e perspectivas para o século 21. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007. p. 303-325.

BOUSQUAT, A.; COHN, A. ELIAS, P. E. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2006, 22(9): 1935-1943.

\_\_\_\_\_. O PSF e a dinâmica urbana das grandes cidades. In: VIANA, A. L. d'Á., ELIAS, P. E. M., IBÁÑEZ N. (Org.). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 244-265.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. Política de saúde e capitalização da medicina: o período pós-64. In: Braga, J.C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência: Estudos de política Social**. São Paulo: CEBES – Hucitec, 1981. p. 87 -146.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Planejamento do Ministério da Saúde. **Plano de Metas 2003**. Brasília, 2003a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico**. Brasília, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pactos pela Vida e de Gestão – Regulamento**. Série Pactos pela Saúde 2006. Vol 2. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano de Metas do Ministério da Saúde 2003**. Brasília, 2003b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil**. Brasília, 2005b. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano\\_Nacional\\_de\\_Saude.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano_Nacional_de_Saude.pdf) Acesso em 21 jul. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. ampl. Brasília, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola**. Brasília, 2008b. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/programa\\_saude\\_na\\_escola.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/programa_saude_na_escola.php) Acesso em: 01 nov. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Rede nacional SAMU 192**. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=23745&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23745&janela=1) Acesso em: 27 fev. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Ambiental e Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde da Família nos Territórios da Cidadania. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Ano IX, n. 18. Brasília, 2008c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à Saúde. **Manual para organização da atenção básica**. Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. **Informe da Atenção Básica**. Ano IV, n. 17. Brasília, 2003d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. Ver. Brasília, 2008d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Brasília, 2004c. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/04\\_0053\\_M1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/04_0053_M1.pdf) Acesso em: 11 set. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos síntese dos principais resultados**. Elaborado por ESCOREL, S. (Coord.); GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H.; MAGALHÃES, R.; SENNA, M. C. M. Brasília, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Estrutura regimental Ministério da Saúde: quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas**. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011**. Brasília, 2008e.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Plano plurianual 2004-2007: mensagem presidencial**. Brasília: 2003c. Disponível em: [http://www.sigplan.gov.br/arquivos/portallppa/41\\_\(menspresanexo\).pdf](http://www.sigplan.gov.br/arquivos/portallppa/41_(menspresanexo).pdf) Acesso em: 15 ago. 2007b.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Constituição Federal de 1988**. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990a.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, 1990b.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas; novos desafios. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, 2002, 12(1): 11-21.

CAMARGO JR, K. R. A Estratégia Saúde da Família: percalços de uma trajetória. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, 2008, 18(1): 9-11.

CAMARGO JR, K. R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008, 24 Sup 1: S58-S68.

CAMPOS, A. L. V. **Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas**: o serviço especial de saúde pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2006, 2(6): 131-147.

\_\_\_\_\_. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 2007, 14: 877-906.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O Programa Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface*, 2001, 5(9): 133-142.

CAMPOS, G. W. S. El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica em el Sistema único de Salud em Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2005, 8(4): 477-483.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. Suficiências e insuficiências da política para a Atenção Básica no Brasil: debate. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008, 24(Sup 1): S17-S19.

CANESQUI, A. M.; OLIVEIRA, A. M. F. Saúde da Família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. d'Á. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo: Sobravime: Cealag, 2002, p. 241 – 269.

CARVALHO, A. I. **Política de Saúde e Organização Setorial do País**. Documento preparado para o Curso de Especialização à Distância Auto-gestão em Saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP/FIOCRUZ, 1999. p. 15-44.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2001, 6(2): 435 – 444.

COLIGAÇÃO A FORÇA DO POVO. Programa de Governo 2007. Lula de novo com a força do povo. 2006.

COLIGAÇÃO LULA PRESIDENTE. Programa de Governo 2002. Um Brasil para todos. 2002.

CONILL E. M.; FAUSTO M. C. R. **Análisis de la problemática de la integración APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social**. Documento técnico. Rio de Janeiro, 2007.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e a Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2008, 24 Sup 1: S7- S27.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS de SAÚDE. CONASS. **Relatório da oficina sobre organização da atenção primária à saúde**. Nota Técnica 23/2007. 2007. Disponível em <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT23-07.pdf> Acesso em: 16 mar. de 2009.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Ayuri Editorial, Coleção Saúde 1, Rio de Janeiro, 1991.

COSTA, W.; MAEDA, S. Repensando a rede básica de saúde e o distrito sanitário. **Saúde em Debate**, 2001, 57(25): 15-29.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, 2004, 94(11): 1864-1874. Disponível em: <http://www.ajph.org/cgi/reprint/94/11/1864> Acesso em: 2 out. 2007.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

DEPPE, H.U. A situação atual e as perspectivas dos sistemas universais de saúde. **Saúde em debate**, 2005, 29(71): 365-370.

DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. The definition of quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Helath Administration Press, v. 1, 1980.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 2007, 21(2): 164-176.

ESCOREL, S.; BLOCH, R. A. AS Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: LIMA N. T. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 83-120.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA N. T. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 59-81.

FAUSTO, M. C. R. ; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-68.

FAUSTO, M. C. R. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FAVERET A. C. S. C. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2003; 8(2): 371-378.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. A. Universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, 1990, n. 3, p. 139-162.

FELIPE, J. S. MPAS – O vilão da reforma sanitária? **Cadernos de Saúde Pública**, 1987, 4(3): 483-504.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.

FONSECA, A. M. M.; ROQUETE, C. Proteção social e programas de transferência de renda: o Bolsa-Família. In: VIANA, A. L. d'Á., ELIAS, P. E. M., IBAÑEZ N. (Org.). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 123-149.

FREITAS, R. C. M. O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista Katálysis**, 2007, 10 (1):65-74.

GERSCHMAN, S.; VIANA, A. L. d'Á. Descentralização e Desigualdades Regionais em tempos de hegemonia Liberal. In: LIMA N. T. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.307-351.

GERVAS, J. Atención Primaria, de la teoria a la practica. **Cadernos de Saúde Pública**, 2008; 24(Sup 1): S24 –S26.

GÉRVÁS, J. FERNÁNDEZ, M. P. The scientific basis for the gatekeeping role of general practitioners. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2005, 8(2):105-218.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, 2006, 22(6): 1171-1181.

GIOVANELLA L. A Atenção primária à saúde nos países da União Européia: configuração e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, 2006, 22(5): 951 – 963.

GIOVANELLA L., MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária em Saúde. In: GIOVANELLA L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et. al (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-626.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**, 2008, 24(Sup 1):S21 –S23.

GOFIN, J.; GOFIN, R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 2007, 21(2-3): 177-185.

GOULART, F. A. A. **Experiências em saúde da família: cada caso é um caso?** Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.

GUIZARDI, F.L. et al. Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde. **PHYSIS**, Revista de Saúde Coletiva. 2004, 14(1): 15- 39.

HALL P. A., TAYLOR, R. C. R. As três versões do neoinstitucionalismo. **Lua Nova**, 2003; 58: 193-224.

HAMILTON, W.; FONSECA, C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, 2003, 10(3): 791-825.

HEINMANN L. S., MENDONÇA M. H. A trajetória da Atenção Básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA N. T. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.

HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de Saúde e Previdência, 1937-1945. In: Dulce C. P. (Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999. p. 73-93.

IMMERGUT, E. M. **Health politics: interests and institutions in Western Europe**. Cambridge: Cambridge University Press. 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária – 1990, 1992, 2002. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)> Acesso em: 01 setembro 2007.

KINGDON, J. W. **Agendas, alternatives and public policies**. New York: HarperCollins, 1995.

LEVCOVITZ E., LIMA L. D., MACHADO C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2001, 6 (Sup 2): 269-291.

LEVCOVITZ, E., GARRIDO, N.G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. **Saúde da Família**, 1996, ano 1, n° 1.

LIMA, L. D. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **Um novo modelo de descentralização?** Nota Técnica sobre o Pacto pela Saúde- 2006. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2008.

LIMA, N. T. (Org.). **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O., HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 27-58.

LIMA, N. T. **O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história em três dimensões**. 2002.

MACHADO, C. V. **Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007a.

\_\_\_\_\_. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**, 2007b, 23(9): 2113-2126.

\_\_\_\_\_. Prioridades da saúde no Brasil nos anos 90: três políticas, muitas lições. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 2006, 20: 44-49.

\_\_\_\_\_. **Política de saúde no governo Lula: continuidades e mudanças**. Texto integrante do relatório científico final do projeto de pesquisa “O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira no período de 2003 a 2006”. FAPERJ, Rio de Janeiro, 2008. p. 14-38.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. ; BAPTISTA, T. W. F . Configuração Institucional e o Papel dos Gestores no Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (Org.). **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2008. p. 139-162.

MACHADO, C. V.; NOGUEIRA, C.O. **O Programa Farmácia Popular do Brasil**. Texto integrante do relatório científico final do projeto de pesquisa “O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira no período de 2003 a 2006”. FAPERJ, Rio de Janeiro, 2008. p.40-63.

MACHADO, R. C. **Atenção básica e medicamentos: a dualidade da política nacional de assistência farmacêutica no período Lula**. 2008. Monografia. (Aperfeiçoamento/Especialização em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

MACINKO, J., et al. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. **Social Science & Medicine**, 2007, 65(10):2070-80. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.06.028 Acesso em: 3 jun. 2008

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 2006, 60:13-19.

MARQUES R. M., MENDES A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**, 2002, 18 Suppl: 163-171.

\_\_\_\_\_. O impacto da política econômica do governo Lula na Seguridade Social e no SUS. **Saúde em Debate**, 2005, 29(71): 258-267.

\_\_\_\_\_. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. **Revista Katálisis**, 2007, 10 (1): 15-23.

MATTA, G. C. **A medida política da vida**: a invenção do WHOQOL e a construção de políticas de saúde globais. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2001a, 6(2): 377-389.

\_\_\_\_\_. **Desenvolvendo e ofertando idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2000.

\_\_\_\_\_. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R., MATTOS, R. A (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, ABRASCO, 2001b. p. 39-64.

MATTOS, R. A.; ROBAINA, J.R.; SIQUEIRA, N. N. Planejamento, avaliação e pactuação: algumas reflexões sobre o processo de pactuação a partir do Pacto de Indicadores da Atenção Básica. In: Roseni Pinheiro, Aluísio Gomes da Silva Jr, Ruben Araujo de Mattos. (Org.). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008, v. 1, p. 295-312.

MATUS, C. O Plano como Aposta. **São Paulo em perspectiva**, 1991, 5 (4): 28-42.

MELAMED, C., COSTA, N. R. Inovações no financiamento federal à atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2003; 8(2): 393-401.

MELO, M. A. B. C.; COSTA, N. R. A difusão das reformas neoliberais: análise estratégica, atores e agendas internacionais. **Contexto Internacional**, 1995, 17(1): 89-113.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, 1993, 9(2): 177-184.

MORONI, J. A. O direito à participação no governo Lula. **Saúde em Debate**, 2005, 30(71): 283-303.

NESCON. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. **Pesquisa Nacional de Precarização e Qualidade do Emprego no Programa de Saúde da Família**. 2006.

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS - SUDS - SUS: Os Caminhos do Direito à Saúde. In: REINALDO, G.; TAVARES, R. (Org.). **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABRASCO/ IMS-UERJ, 1994, p. 73-111.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil – Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 15-44.

OPAS/OMS. **Renovação da atenção primária nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-americana de Saúde**. Washington: Panamerican Health Organization- PAHO/WHO, 2005. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf> Acesso em: 02 ago. 2007.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p.11-24

\_\_\_\_\_. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface**, 2001, 5(9): 133 – 149.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, 2006, 40(N Esp): 73-78.

PAULA, J. A. **A economia Política da mudança**: os desafios inequívocos do início do governo Lula. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

PIERSON, P. **Politics in time**: history, institutions, and social analysis. Princeton: Princeton University Press, 2004.

PINTO, C. B. S. **O Programa Farmácia Popular do Brasil**: modelo, cobertura e utilização frente à Política Nacional de Medicamentos. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e Gestão em Saúde: flexibilidade metodológica e Agir Comunicativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1999, 4(2): p. 355-365.

RIVERA, F. J. U. Por um modelo de formulação de políticas de saúde baseado no enfoque estratégico da lanificação. **Cadernos de Saúde Pública**, 1987, 4(3): 444-462.

ROMANO, V. F. A busca de uma identidade para o Médico de Família. **Physis**. Revista de Saúde Coletiva, 2008, 18: 13-25.

SALLUM Jr., B. Crise, democratização e liberalização no Brasil. In: SALLUM Jr., B. (Org.). **Brasil e Argentina hoje**: política e economia. Bauru, SP: EDUSC, 2004. p. 47-77.

SALTMAN, R. B. ; RICO, A. BOERMA, W. Editors. **Primary care on the driver's seat?** Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press, 2006.

SAMPAIO, L. F. R. Debate sobre o artigo “Desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família”. **Cadernos de Saúde Pública**, 2008, 24(Sup 1): S19-S21.

SANTOS, L. A. C. A Fundação Rockefeller e o Estado Nacional (história e política de uma missão médica e sanitária no Brasil). **Revista Brasileira de Estudos de População**, 1989, 6(1): 105-110.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SOARES, G. A. D.; TERRON, S. L. Dois Lulas: a geografia eleitoral da reeleição (explorando conceitos, métodos e técnicas de análise geoespacial). **Opinião Pública**, 2008, 14(2): 269-301.

SOLLA, J. J. S. P. et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. 2007, 7 (4): 495-502.

SOUZA, C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista Sociologia Política**, 2005, 24: 105-121.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 2008, 24 Sup 1: S100-S110.

SOUZA, H. M.; SAMPAIO, L. F. R. Atenção Básica: Política, Diretrizes e Modelos Coetâneos no Brasil. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. d'Á. (Org.). **Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho**. São Paulo: UNICAMP/IE, 2002, p.9-32.

SOUZA, H. M. Saúde da família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. d'Á., (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social**. São Paulo: Sobravime: Cealag, 2002, p. 221-240.

SOUZA, M. F. et al. Gestão da Atenção Básica: redefinindo contextos e possibilidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, 2000, 21:7-14.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Tradução: Fidelity Translations. Brasília: Unesco/ Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. **Saúde em Debate**, 2005, 29(71): 268-283.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1999, 4(2):287-303.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de Atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA N. T. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 451-480.

TEIXEIRA, H. C.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2003, 8(2): 379 – 391.

TEMPORÃO, J. G. O mercado privado de vacinas no Brasil: a mercantilização no espaço da prevenção. **Cadernos de Saúde Pública**, 2003, 19(5): 1323-1339.

TERRA, O. G. et al. O incentivo financeiro estadual para a estratégia do Saúde da Família no Rio Grande do Sul, 2003. **Boletim da Saúde / Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul**, 2004, 18 (1): p. 9- 22.

THELEN K., STEINMO, S. Historical institutionalism in comparative politics. In: THELEN K, STEINMO, S., LONGSTRETH, F. (Eds.). **Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

THERÉT B. As instituições entre as estruturas e as ações. **Lua Nova**, 2003, 58: 225-254.

TRAVASSOS, C. M. R. ; BUSS, P. O polêmico relatório da Organização Mundial de Saúde [editorial]. **Cadernos de Saúde Pública**, 2000, 16 (4): 890-891.

UGÁ M. A. D., MARQUES R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA N. T. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 193-233.

UGÀ, M. A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, 2003, 8(2): 417-437.

VIANA, A. L. d'Á. ; FAUSTO M. C. R. Atenção Básica e Proteção Social: Universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: VIANA, A. L. d'Á., ELIAS P. E. M., IBAÑEZ N. (Org.). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005. p.150-167.

VIANA, A. L. d'Á. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In: CANESQUI A. M. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1997. p.205-215.

VIANA, A. L. d'Á., DAL POZ, M. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, 1998, 8 (Sup 2):11-48.

VIANA, A. L. d'Á.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et. al (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 65-106.

VIANA, A. L.d'Á.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R.G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto –lições do caso brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2002, 7(3):493-507.

VOURI, H. Health for all, primary health care and general practitioners. **Journal of the Royal College of General Practitioners**, 1986, 36: 398-402. Disponível em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1960528&blobtype=pdf> Acesso em: 10 jan. de 2009.

WALT, G. **Health policy**: an introduction to process and power. London: Zed Books, 1994.

WEN, C. L.; HADDAD, A. E. Projeto de Telemática e Telemedicina em apoio à atenção primária no Brasil. **Revista de Telemedicina e Telessaúde**, 2006. Disponível em <<http://www.telessaude.org.br/telessaude/artigo.aspx>> Acesso em: 01 nov. 2008.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Report 2000**. Health systems: Improving performance. Geneva, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/index.htm> Acesso em: 13 fev. 2009.

## Apêndices

### *APÊNDICE A – Lista de entrevistados*

- **Afra Suassuna Fernandes** – Médica pediatra, Diretora do Departamento de Atenção Básica no período de janeiro de 2003 a julho de 2005. Entrevista semi-estruturada realizada em 07/08/2008, em Brasília, Distrito Federal.
- **Cinthia Lociks de Araújo** – Médica sanitária, especialista em medicina geral e comunitária e Gestora Governamental; funcionária do Departamento de Atenção Básica desde 2000. Entrevista semi-estruturada realizada em 11/08/2008, em Brasília, Distrito Federal.
- **Claunara Chilling Mendonça** – Médica de família e comunidade, Diretora do Departamento de Atenção Básica no período de maio de 2008 até o momento. Entrevista semi-estruturada realizada em 11/08/2008, em Brasília, Distrito Federal.
- **Heloiza Machado de Souza** – Enfermeira, Diretora do Departamento de Atenção Básica no período de 2000 a 2002. Entrevista semi-estruturada realizada em 10/10/2008, em Brasília, Distrito Federal.
- **Luis Fernando Rolim Sampaio** – Médico homeopata, Diretor do Departamento de Atenção Básica no período de agosto de 2005 a maio de 2008. Entrevista semi-estruturada realizada em 13/06/2008, em Florianópolis, Santa Catarina.
- **Maria José Evangelista** – Enfermeira, Consultora do CONASS; responsável pelo Núcleo de Atenção Primária do CONASS desde janeiro de 2007. Entrevista semi-estruturada realizada em 08/08/2008, em Brasília, Distrito Federal.
- **Nilo Brêtas Junior** – Odontólogo, Assessor técnico do CONASEMS desde 2005. Entrevista semi-estruturada realizada em 10/10/2008, em Brasília, Distrito Federal.

## ***APÊNDICE B – Roteiros semi-estruturados de entrevistas***

### **Questões iniciais presentes em todos os roteiros**

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Nome:

Cargo/ função ocupada no DAB/MS:

Tempo em que está no cargo/ função:

Trajetória profissional relevante anterior ao cargo (UF de origem, formação e atuação profissional; se atuava em SMS ou SES; se tem história de filiação partidária):

### **Modelo para dirigentes do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde**

#### **“Concepções de atenção primária em saúde”**

- 1) Na sua concepção, o que caracteriza a atenção primária em saúde?
- 2) Esta concepção está pautada em algum trabalho teórico ou em alguma experiência?
- 3) No seu entendimento, existe distinção entre os termos atenção primária em saúde e atenção básica?
- 4) O que fundamenta a estratégia Saúde da Família?

#### **“Estratégias e regras relativas à APS”**

- 5) Quais foram as estratégias prioritárias no âmbito da atenção primária em saúde a partir de 2003?
- 6) Como surgiu a proposta do NASF?
- 7) Como surgiu e qual o papel da atenção primária na proposta dos TEIAS?
- 8) Como você vê a relação entre a configuração da atenção primária, o processo de descentralização, com ênfase na municipalização, e a regionalização em saúde (na trajetória do SUS e após 2003)?

#### **“Modelo de intervenção do Ministério da Saúde no que diz respeito a APS”**

- 9) Na sua visão, qual é o papel do Ministério da Saúde na condução da política de atenção primária em saúde?
- 10) Quais foram os principais instrumentos de indução e de regulação adotados pelo Ministério da Saúde no âmbito da atenção primária no país?
- 11) É possível apontar um ou mais fatores que tenham gerado algum tipo de problema na condução da política nacional de atenção primária?

**“Inserção da APS na agenda do Ministério da Saúde”**

- 12) É possível observar elementos de mudança e/ou de continuidade na condução federal da política e na concepção de atenção primária em saúde a partir de 2003? E ao longo do período 2003-2008, você observa inflexões relevantes?
- 13) A política de atenção primária permaneceu como prioridade na agenda do Ministério da Saúde, no período de 2003 a 2008? Como isso se expressou?
- 14) Que atores têm influenciado a continuidade e a configuração dessa política na agenda do Ministério da Saúde?
- 15) Neste período, 2003-2008, houve inflexões na agenda do Ministério da Saúde e do DAB para a política nacional de atenção primária? Quais foram?
- 16) Que destaque essa política ocupava na agenda de prioridades do Ministério da Saúde, no período de 2003 a 2008?
  - ( ) prioridade do Governo Federal
  - ( ) prioridade do Ministro
  - ( ) prioridade do Secretário de Atenção à Saúde
  - ( ) prioridade de dirigentes intermediários e grupos técnicos internos ao ministério
  - ( ) não era prioritária.

**“Processo político de formulação da política nacional de atenção primária em saúde”**

- 17) Os demais entes federativos influenciam a formulação da política nacional de atenção primária em saúde?
- 18) Há espaços que possibilitem a articulação entre os três entes para discussão sobre a formulação dessa política? Quais?
- 19) Como tem se dado a articulação com outros atores (por exemplo, representantes de categorias profissionais, CNS)?

**“Avanços, dificuldades e desafios”**

- 20) Em sua opinião, quais são os principais desafios para que ocorra o efetivo fortalecimento da atenção primária em saúde no país?
- 21) Considerações finais do entrevistado

## **Modelo para dirigentes e técnicos do DAB no período anterior a 2003**

### **“Concepções de atenção primária em saúde”**

- 1) Na sua concepção, o que caracteriza a atenção primária em saúde?
- 2) Esta concepção está pautada em algum trabalho teórico ou em alguma experiência?
- 3) No seu entendimento, existe distinção entre os termos atenção primária em saúde e atenção básica?
- 4) Você poderia fazer um breve resumo da trajetória da atenção básica no Brasil na década de 1990?

### **“Inserção da APS na agenda do Ministério da Saúde”**

- 5) É possível observar elementos de mudança e/ou de continuidade na condução federal da política e na concepção de atenção primária em saúde a partir de 2003? E ao longo do período 2003-2008, você observa inflexões relevantes?
- 6) A política de atenção primária permaneceu como prioridade na agenda do Ministério da Saúde no período de 2003 a 2008? Como isso se expressou?
- 7) Que atores têm influenciado a continuidade e a configuração dessa política na agenda do Ministério da Saúde?
- 8) Neste período, 2003-2008, houve inflexões na agenda do Ministério da Saúde e do DAB para a política nacional de atenção primária? Quais foram?
- 9) Que destaque essa política ocupava na agenda de prioridades do Ministério da Saúde, no período de 2003 a 2008?
  - ( ) prioridade do Governo Federal
  - ( ) prioridade do Ministro de Saúde
  - ( ) prioridade do Secretário de Atenção à Saúde
  - ( ) prioridade de dirigentes intermediários e grupos técnicos internos ao ministério
  - ( ) não era prioritária.

### **“Estratégias e regras relativas à APS”**

- 10) Quais foram as estratégias prioritárias no âmbito da atenção primária em saúde a partir de 2003?
- 11) Como surgiu a proposta do NASF?
- 12) Como surgiu e qual o papel da atenção primária na proposta dos TEIAS?
- 13) Como você vê a relação entre a configuração da atenção primária, o processo de descentralização, com ênfase na municipalização, e a regionalização em saúde (na trajetória do SUS e após 2003)?

### **“Modelo de intervenção do Ministério da Saúde no que diz respeito a APS”**

- 14) Na sua visão, qual é o papel do Ministério da Saúde na condução da política de atenção primária em saúde?
- 15) Quais foram os principais instrumentos de indução e de regulação adotados pelo Ministério da Saúde no âmbito da atenção primária no país?
- 16) É possível apontar um ou mais fatores que tenham gerado algum tipo de problema na condução da política nacional de atenção primária?

**“Processo político de formulação da política nacional de atenção primária em saúde”**

- 17) Os demais entes federativos influenciam a formulação da política nacional de atenção primária em saúde?
- 18) Há espaços que possibilitem a articulação entre os três entes para discussão sobre a formulação dessa política? Quais?
- 19) Como tem se dado a articulação com outros atores (por exemplo, representantes de categorias profissionais, CNS)?

**“Avanços, dificuldades e desafios”**

- 20) Em sua opinião, quais são os principais desafios para que ocorra o efetivo fortalecimento da atenção primária em saúde no país?
- 21) Considerações finais do entrevistado

## **Modelo para representantes do CONASS e CONASEMS**

### **“Concepções do CONASS/CONASEMS sobre a atenção primária em saúde”**

- 1) Na perspectiva do CONASS/CONASEMS, o que caracteriza a atenção primária em saúde?
- 2) Esta concepção está respaldada por algum trabalho teórico ou em alguma experiência?
- 3) Existe distinção entre os termos atenção primária em saúde e atenção básica?
- 4) O que caracteriza a estratégia Saúde da Família?

### **“Inserção da APS na agenda do Ministério da Saúde e estratégias e regras federais relativas à APS”**

- 5) Como o CONASS/CONASEMS vê a concepção adotada pelo Ministério da Saúde no que concerne à APS e a estratégia Saúde da Família?
- 6) O Programa de Saúde da Família foi uma das políticas priorizadas pelo Ministério da Saúde no período de 2003 a 2008?
- 7) Quais foram as estratégias federais prioritárias no âmbito da atenção básica no período?
- 8) Houve mudanças expressivas em relação à condução anterior a 2003? Quais seriam os elementos de continuidade e mudança mais importantes?

### **“Modelo de intervenção do Ministério da Saúde no que diz respeito a APS”**

- 9) Qual têm sido o papel e a lógica de atuação do Ministério da Saúde na condução da política nacional de atenção primária em saúde?
- 10) Como o CONASS/CONASEMS vê as especificidades do papel das diferentes esferas de governo na condução e implementação da política de atenção primária em saúde?
- 11) O modelo de condução adotado pelo Ministério da Saúde neste período favoreceu o planejamento e a implementação das ações em nível estadual e municipal?

### **“Processo político de formulação da política nacional de atenção primária em saúde”**

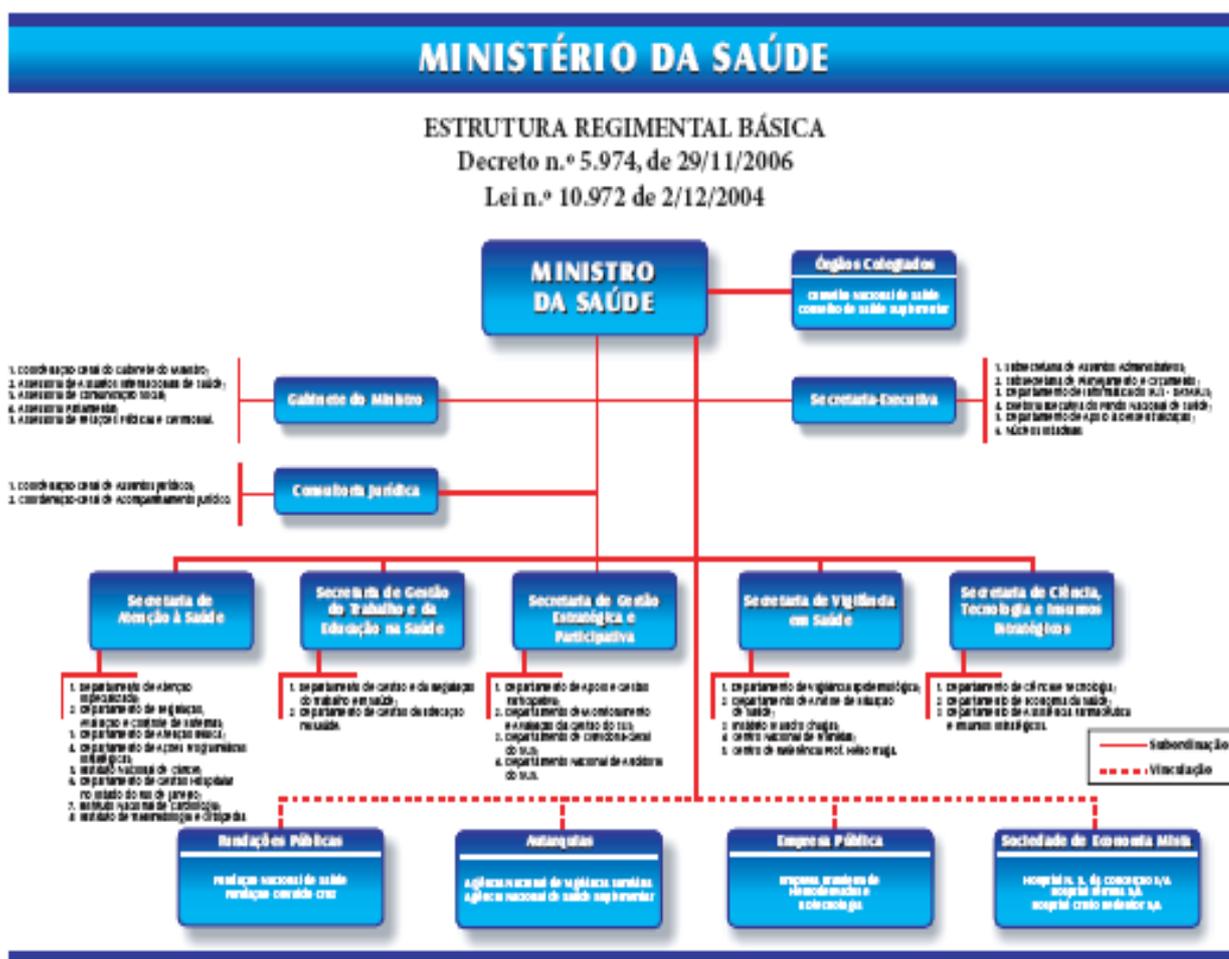
- 12) Há espaços que possibilitem a articulação entre os três entes para discussão sobre a formulação da política de AB? Quais?
- 13) Com que frequência o tema da AB é contemplado nas discussões nos canais institucionais formais?
- 14) A elaboração de propostas relativas a esta política específica é feita de forma conjunta, com representantes de estados e municípios?
- 15) Qual tem sido o destaque do tema AB na agenda institucional do CONASS/CONASEMS?
- 16) Em que medida as sugestões/ solicitações apontadas pelo CONASS e CONASEMS são contempladas pelo Ministério da Saúde?

### **“Avanços, dificuldades e desafios”**

- 17) Quais os principais avanços e as principais dificuldades que você observa na condução da política nacional de atenção básica?
- 18) Quais os principais desafios para que ocorra o efetivo fortalecimento da atenção primária em saúde no país?
- 19) Quais as principais propostas para superação destes desafios?
- 20) Considerações finais do entrevistado

## Anexos

## ANEXO A – Estrutura regimental do Ministério da Saúde



\* Cria a Empresa Pública: Empresa Brasileira de Sangue e Hemoderivados (Hemobrás)

Fonte: Brasil, 2007.