

Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas

*Márcia Cristina Rodrigues Fausto
Gustavo Corrêa Matta*

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apresentada como um modelo adotado por diversos países desde a década de 1960 para proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e também para tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático.

Em diversos momentos, a APS tem sido descrita como uma estratégia de atenção à saúde seletiva, focalizada na população mais pobre e portadora de uma tecnologia simples e limitada. Em contrapartida, outros advogam um sentido mais amplo, sistêmico e integrado de APS, possibilitando articulações intersetoriais em prol do desenvolvimento humano, social e econômico das populações.

No Brasil, a APS reflete os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Isto significa afirmar que diversos sentidos de APS estão em disputa na produção acadêmica e política no campo das políticas e planejamento em saúde.

Este texto tem o objetivo de apresentar, descrever e discutir esses diversos sentidos de APS em uma perspectiva histórica e política, apontando seus avanços, suas contradições e suas estratégias de expansão e operacionalização no âmbito do sistema de saúde brasileiro.

Esta discussão é fundamental para a compreensão do lugar e função dos trabalhadores da APS, em especial os agentes comunitários de saúde (ACS), compreendendo o cenário teórico e político que embasam seus saberes e práticas junto às comunidades e territórios brasileiros. Esperamos que a perspectiva crítica adotada pelos autores incentive a reflexão sobre

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

as realidades loco-regionais, possibilitando o reconhecimento de especificidades e a criação de propostas emancipatórias tanto para usuários quanto para trabalhadores de saúde.

Aspectos Históricos e Conceituais da Atenção Primária à Saúde

A idéia de APS foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e, de outro, constituir-se em uma referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade.

O relatório concebia o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por médicos com formação generalista. Os casos que o médico não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então para os hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia. Essa organização caracteriza-se pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde.

Os serviços domiciliares de um dado distrito devem estar baseados num Centro de Saúde Primária – uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de consultores e especialistas visitantes. Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e com sua localização na cidade ou no país. Mas, a maior parte deles são formados por clínicos gerais dos seus distritos, bem como os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região. (Ministry of Health, 1920)

Esta concepção, elaborada pelo governo inglês, influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da APS. A primeira seria a regionalização, onde os serviços de saúde devem estar

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

organizados de forma a atender as diversas regiões nacionais, através da sua distribuição tendo em vista bases populacionais, bem como a identificação das necessidades de saúde de cada região. A segunda característica é a integralidade, fortalecendo a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas.

Os elevados custos dos sistemas de saúde, o uso indiscriminado de tecnologia médica e a baixa resolutividade preocupavam a sustentação econômica da saúde nos países desenvolvidos, fazendo-os pesquisar novas formas de organização da atenção com custos menores e maior eficiência. No entanto, os países pobres e em desenvolvimento sofriam com a iniquidade dos seus sistemas de saúde, com a falta de acesso a cuidados básicos de saúde, com a mortalidade infantil e com as precárias condições sociais, econômicas e sanitárias.

O fortalecimento internacional da organização da APS está relacionado às idéias formuladas pela medicina preventiva, especialmente para pensar a prática médica. Com base em uma abordagem integral, a medicina preventiva propôs que a atenção médica, em sua fase inicial, deveria se fazer mais próxima do ambiente sociocultural dos indivíduos e famílias, o que respaldaria sua intervenção para a prevenção e controle do adoecimento. Formou-se, a partir de então, uma cultura sobre os diferentes momentos da atenção, em que a atenção primária se localizaria na fase inicial do cuidado, antecedendo e definindo uma série de outros cuidados que deveriam ser ofertados por outros níveis de atenção mais complexos (Leavell & Clark, 1976). Esta concepção foi fundamental para formar a base das práticas de APS, ao conjugar duas questões essenciais: a atenção que se faz em primeiro lugar e que se faz mais próxima do cotidiano dos indivíduos e das famílias.

Sob o signo da medicina preventiva, a medicina comunitária foi amplamente divulgada pelos departamentos das escolas de medicina envolvidos neste movimento e trouxe consigo uma série de idéias e propostas relativas à APS. Estas propostas foram amplamente disseminadas 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.¹

¹ A medicina comunitária surgiu nos EUA, nos anos 60 do último século, como estratégia de prestação de serviços dirigidos à parcela da população desprovida de acesso aos serviços de saúde, tendo em vista os princípios elaborados pela medicina integral e preventiva. Dentre as razões que motivaram este movimento está o fato de que o médico generalista foi perdendo valor em detrimento das especialidades médicas que passaram a ter maior prestígio, provocando um declínio do número de médicos generalistas (Donnangelo, 1976).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Nos anos 70, programas nesta linha passaram a ocupar o espaço de ação governamental, sendo remetidos ao campo de competências dos serviços de saúde e à organização de suas ações. É desta forma que a atenção primária ganha destaque na agenda das políticas de saúde, tendo a Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma das principais agências difusoras desta proposta.

Os programas de extensão de cobertura foram os principais mecanismos de veiculação dos programas de atenção primária, interpretados como ações elementares que todos os serviços de saúde, até os mais simples, deveriam estar capacitados para provê-los. No centro destas ações estava a atenção médica, e a execução das práticas de promoção da saúde era fundamentalmente impulsionada por pessoas vinculadas às próprias comunidades, treinadas pelos profissionais de saúde.

Nos anos 60 e 70, vários países desenvolveram tais programas de extensão de cobertura e o resultado das várias experiências em curso levou a OMS a organizar a I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde, que, em linhas gerais, propôs a APS como estratégia para ampliar a cobertura dos sistemas nacionais de saúde e, conseqüentemente, alcançar as metas do Programa Saúde Para Todos no Ano 2000 (SPT 2000).

DEFINIÇÃO DE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE NA CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA (Unicef, 1979:1):

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde.

Em termos conceituais, foi a partir da Conferência de Cuidados Primários em Saúde, realizada no ano de 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão, que se buscou uma definição para APS.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O documento descreve ainda as seguintes ações mínimas, necessárias para o desenvolvimento da APS nos diversos países: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais.

A OMS enfrentou fortes resistências econômicas e políticas, uma vez que a proposta da APS defendida em Alma-Ata e preconizada no SPT 2000 conflitava frontalmente com os interesses, por exemplo, da indústria de leite e de medicamentos, uma vez que defendia o aleitamento materno e o fornecimento gratuito e até mesmo a fabricação de medicamentos essenciais em países menos desenvolvidos (Matta, 2005b).

Ao longo do tempo, a APS tem adquirido diversos significados para diferentes pessoas, em épocas e lugares específicos, o que coloca desafios importantes para a sua compreensão.

Para iniciar esta discussão, vale lembrar que o vocábulo primário(a), na língua portuguesa, tem vários sentidos e traz em si diferentes possibilidades explicativas, colaborando para a falta de clareza e ausência de consenso em relação ao propósito da APS. A palavra 'primária' pode estar relacionada desde a noção de primitivo, sem refinamento, ou mesmo à idéia de algo que seja principal, central ou essencial (Fausto, 2005).

As várias interpretações que podem ser feitas sobre APS colocam como ponto-chave para essa discussão a necessária contextualização e um olhar político sobre sua compreensão. A tentativa de chegar a uma única definição sobre o que é APS não nos ajuda a compreender o que é APS. É necessário ter claro a época, os atores sociais envolvidos, a cultura e as finalidades do sistema de saúde com base no qual procuramos definir a APS. Devemos considerar ainda que os aspectos econômicos, políticos e ideológicos que permeiam as práticas no campo da saúde produzem distintas interpretações e abordagens em APS nos diferentes sistemas de saúde.

Considerando as várias interpretações, a APS também tem sido compreendida como: um 'conjunto de atividades' associadas às práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, que podem estar ou não restritas ao campo da saúde; um 'nível de assistência' conectado com os demais níveis que conformam o sistema de serviços de saúde; uma 'estratégia' de organização do

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

sistema de serviços de forma a garantir a efetivação das diretrizes organizativas de um dado sistema de saúde; e como um 'princípio' norteador das ações desenvolvidas em qualquer momento do cuidado ofertado pelo sistema de saúde (Vuöri apud Mata & Ruiz, 1993).

Para Starfield (2002), as interpretações identificadas por Vuöri não são excludentes e podem coexistir em um mesmo sistema de saúde, já que não existe uma única forma de delimitação da APS.

A APS, no sistema de saúde, compreenderia o primeiro nível de atenção, tendo uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, devendo organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (Starfield, 2002).

Na política de saúde brasileira, predomina a compreensão da APS como o primeiro nível ou o momento em que se inicia o processo da atenção em um sistema de saúde. Como veremos, mais recentemente, além de primeiro nível de atenção do sistema de saúde, a APS é também compreendida como uma estratégia fundamental para a reorientação do modelo de atenção do SUS.

Com o objetivo de avaliar as ações primárias de saúde, Starfield define quatro atributos, os quais, na sua concepção, devem balizar a organização da APS. Esses atributos podem ser reconhecidos como elementos que organizam a APS nos serviços de saúde ou fazem parte do processo da atenção neste âmbito. Quais sejam:

- Primeiro contato – implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.
- Continuidade – pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, exigindo a delimitação da população às equipes de atenção primária.
- Integralidade – as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o usuário receba todos os tipos de serviços de acordo com a sua necessidade, sendo alguns ofertados dentro do serviço de APS ou em outros serviços que compõem o sistema de saúde. Isto inclui o encaminhamento para serviços nos diferentes níveis de atenção, dentro ou fora do sistema de saúde.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- **Coordenação** – significa garantir alguma forma de continuidade do cuidado que possa ocorrer nos diferentes níveis de atenção, de forma a reconhecer os problemas que necessitam de segmento consecutivo. Significa manter-se responsável por acompanhar o usuário vinculado ao serviço de APS, ainda que ele esteja temporariamente sob os cuidados de um outro serviço.

Mata e Ruiz (1993), em acordo com a proposta de Starfield, propõem a intersectorialidade como um outro atributo da APS, visto que a saúde é resultante de múltiplos fatores, o que exige a combinação de ações de diversos setores da sociedade. Para os autores, este deve ser um esforço a ser seguido nas propostas de APS. Além disto, as ações de promoção e a prevenção envolvem mais do que a ação específica dos profissionais de saúde e do Estado. Delas também fazem parte o autocuidado, os cuidados promovidos pelas famílias, pela comunidade, pessoas, grupos, organizações não-governamentais, que de alguma forma promovem a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida.

A compreensão a respeito de APS tem sido ampliada ao longo do tempo. O desenvolvimento e a importância deste tema estão muito relacionados às discussões do campo da saúde pública e à organização da atenção à saúde nos sistemas de saúde modernos. Veremos mais adiante como a discussão da APS tem ganhado força na política nacional de saúde, especialmente no que se refere à reorientação do modelo assistencial no SUS.

A Trajetória Histórica e Política da Atenção Primária à Saúde

Desde o momento da organização da Conferência de Alma-Ata já existia uma clara tensão entre duas distintas formas de conceber a atenção primária. Entre os organizadores da Conferência havia quem defendesse a APS em um sentido integrado e outros que a defendiam em um sentido seletivo (Litsios, 2002).

Apesar das divergências conceituais, a APS na Declaração de Alma-Ata foi interpretada como estratégia central de organização do sistema de saúde, que se pretendia mais equitativo, apropriado e efetivo para responder às necessidades de saúde apresentadas pela população usuária dos serviços de saúde. Nesta concepção estava implícita a necessária relação dos serviços de APS com os demais pertencentes ao sistema de saúde.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Entretanto, no ano seguinte à Conferência de Alma-Ata, realizou-se na Itália a Conferência de Bellagio, onde se disseminou a noção seletiva da APS. Essa Conferência defendeu uma concepção de APS baseada na formulação de programas com objetivos focados em problemas específicos de saúde para atingir grupos populacionais em situação de pobreza. Esses programas, difundidos principalmente por organismos internacionais em países pobres, propuseram o uso de recursos de baixa densidade tecnológica, sem interface direta com os demais recursos em saúde (Cueto, 2003; Magnussen & Jolly, 2004).

A Declaração de Alma-Ata representa uma proposta num contexto muito maior que um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde. Nesse sentido, aponta para a necessidade de sistemas de saúde universais, isto é, concebe a saúde como um direito humano; a redução de gastos com armamentos e conflitos bélicos e o aumento de investimentos em políticas sociais para o desenvolvimento das populações excluídas; o fornecimento e até mesmo a produção de medicamentos essenciais para distribuição à população de acordo com as suas necessidades; a compreensão de que a saúde é o resultado das condições econômicas e sociais, e das desigualdades entre os diversos países; e que os governos nacionais devem protagonizar a gestão dos sistemas de saúde, estimulando o intercâmbio e o apoio tecnológico, econômico e político internacional. (Matta & Morosini, 2006: 25-26)

A noção seletiva surgiu da crítica feita à concepção de atenção primária integral defendida na Declaração de Alma-Ata, interpretada como uma concepção idealizada, muito ampla, e por isto com poucas chances de aplicabilidade e de ser realizada no prazo definido pelas metas do 'SPT 2000'.²

As principais críticas referidas à versão seletiva da APS apontavam para a característica de programas verticais não relacionados às causas sociais do processo de adoecimento, além de falarem da adoção de medidas paliativas e do distanciamento da noção de uma atenção integrada às demais ações desenvolvidas em um sistema de saúde (Warren, 1988).

A tensão discursiva entre a noção seletiva e a integral percorreu toda a década de 1980 com reflexos nos anos 90. O resultado dessa polêmica foi favorável às concepções da atenção primária seletiva.

² O documento de base para as discussões da Conferência de Bellagio apontava para o aspecto temporário da proposta de Atenção Primária em Saúde Seletiva (APSS), ao passo que não era possível garantir uma atenção primária integral, conforme proposto pela Conferência de Alma-Ata (Warren, 1988; Cueto, 2003).

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A disseminação de programas seletivos de atenção primária em países pobres foi amplamente apoiada por agências internacionais, cujo objetivo era a extensão de cobertura com base na oferta de ações de saúde simples e de baixo custo, principalmente em áreas rurais onde a população não tinha acesso ao sistema de saúde existente.³

O cenário de crise econômica dos anos 80 e a emergência dos governos neoliberais nos países desenvolvidos, que apoiavam projetos de ajuda ao desenvolvimento de países pobres, também foi um fator que colaborou para a disseminação de programas seletivos de atenção primária. As políticas de ajuste estrutural e as idéias sobre reforma do Estado que tinham como alvo a redução de gastos públicos influenciaram na escolha de projetos de mais baixo custo e de curto prazo a serem financiados (Cueto, 2003).

A perpetuação da situação de crise econômica mundial levou muitos países a encaminharem mudanças na condução de sua política. As resoluções voltadas para a organização dos serviços de saúde previam a racionalização do uso dos recursos em saúde, adotando medidas que favorecessem o uso mais adequado das tecnologias pesadas e caras, colocando ênfase nas ações de promoção e prevenção em saúde (Almeida, 1999).

Em contrapartida, os defensores da saúde pública apontavam críticas contundentes ao modelo de atenção baseado na biomedicina, centrado na cura de doenças e na ação hospitalar. Uma ampla discussão sobre os determinantes da saúde também fortalecia propostas de promoção e prevenção da saúde (Buss et al., 2000).

Neste cenário, o viés econômico ganhou destaque na agenda dos organismos de cooperação internacional e passou a orientar as propostas de instituições como o Banco Mundial, principal difusor das idéias de focalização e seletividade das ações dos governos no campo das políticas sociais, especificamente na saúde.

O Banco Mundial defendia as 'cestas básicas' de serviços de saúde, sugerindo que o setor público deveria prover um conjunto mínimo de ações essenciais aos que não pudessem arcar individualmente com os gastos em saúde. A cesta era composta tipicamente por ações classificadas como tecnologias sim-

³ Sobre as relações entre Estado e políticas sociais no capitalismo, ver Pereira e Linhares, texto "O Estado e as políticas sociais no capitalismo", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

ples e de alto impacto, como vacinação, pré-natal, ações de promoção e prevenção da saúde, ou seja, o mesmo conjunto de ações que compõem a atenção primária desde sua origem. As demais ações em saúde, especialmente aquelas de diagnóstico e terapia que implicam maior custo, deveriam ser ofertadas pelo setor privado (Banco Mundial, 1993).

Praticamente nos anos 90 a OMS abandonou a proposta de APS integral e acompanhou a proposta seletiva do Banco Mundial, mas com uma outra versão. Propôs o chamado novo universalismo, que traz como argumento a noção de sustentabilidade dos governos nacionais. No lugar de assumir todas as ações para toda a população ou só assumir um conjunto mínimo de ações para os pobres, os Estados deveriam se responsabilizar por um conjunto de ações essenciais ofertadas com alta qualidade para toda a população (WHO, 2000).

Mais recentemente, após uma série de críticas às propostas seletivas, além das evidências de que tais medidas não resultaram na redução da pobreza e no melhor acesso aos serviços públicos de saúde, tanto o Banco Mundial quanto a OMS têm revisto suas posições. Atualmente, a OMS tem proposto visitar a Conferência de Alma-Ata, sugerindo um reavivamento dos princípios da APS formulados naquele momento (OMS/Opas, 2003).

Algumas questões têm propiciado o resgate da proposta de APS em seu sentido compreensivo, apontado para a insuficiência e a baixa efetividade da atenção primária como programa desconectado das demais ações do sistema de saúde. O desenvolvimento tecnológico no campo da saúde, o perfil demográfico da população, o surgimento de novas doenças, o retorno de velhos agravos, entre outras questões econômicas e socioepidemiológicas, que dão contornos ao quadro das condições de saúde de uma população, levam a crer que uma visão restrita de atenção primária não corresponde à realidade atual da atenção à saúde.

Atualmente, o quadro epidemiológico geral das populações é marcado pelas doenças crônicas, que cada vez mais compõem o conjunto de ações abordadas na esfera da atenção primária, pressupondo um cuidado integrado a outros níveis de atenção (Bodenheimer, Wagner & Grumbach, 2002; Rothman & Wagner, 2003).

Finalmente, o conceito ampliado de saúde, baseado na noção de direito de cidadania, amplitude e diversidade de recursos existentes para lidar com os problemas de saúde de nosso tempo, não comporta ações restritas na APS.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Cada vez mais se espera que a APS assuma posição estratégica para a superação de um modelo de atenção que não tem alcançado efetividade nas ações de saúde, além de não ter sustentação econômica nos sistemas de saúde atuais.

De que maneira o Brasil tem estruturado políticas nesta direção?

Atenção Primária à Saúde no Brasil

No Brasil, os antecedentes da atenção primária estão localizados no trabalho desenvolvido pelo Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) desde os anos 40.⁴ As atividades do Sesp foram influenciadas pela medicina preventiva, dentro dos moldes clássicos norte-americanos. Seus programas incorporavam serviços preventivos e curativos que contemplavam desde campanhas sanitárias, assistência domiciliar até a assistência médica ambulatorial, serviços de urgência e de internação hospitalar organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde (Fonseca, 2001).⁵

As ações desenvolvidas pelo Sesp tinham como base um programa integrado, compreensivo, que conciliava agentes sanitários, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos. Ações de saneamento e abastecimento de água potável se integravam às de saúde. Entretanto, a atuação do Sesp limitava-se às áreas estratégicas e configurava-se como ações centralizadas, com pouca ou nenhuma articulação com as demais instituições de saúde.

Durante os anos 60, desenvolveram-se no país os primeiros programas de integração docente-assistencial realizados pelos recém-instituídos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), vinculados às escolas de medicina. As experiências em medicina comunitária desenvolvidas em várias localidades do país faziam parte dos programas de formação médica, associados às iniciativas voltadas para a interiorização da medicina.

⁴ O Sesp tinha como um dos seus objetivos centrais proporcionar o apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos que naquela época eram relevantes para o Brasil em suas relações internacionais, no período que antecedeu a Segunda Guerra Mundial. Neste sentido, o seu espaço de atuação era a Amazônia (produção da borracha), o estado de Goiás e o Vale do Rio Doce (extração de minérios). A Fundação Rockefeller teve papel fundamental na organização das ações do Sesp, e em seus primeiros anos as atividades desenvolvidas tiveram forte influência da medicina preventiva, dentro dos moldes clássicos norte-americanos.

⁵ Sobre a história das ações e do sistema de saúde brasileiro, ver Baptista, texto "História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Ainda na década de 1960, agências internacionais, como Fundação Kellogg e Fundação Ford, incentivaram a implantação de programas de extensão de cobertura, formulados principalmente por departamentos de medicina preventiva, secretarias estaduais de saúde, em muitos casos havendo convênio entre duas ou mais instituições. Esses programas ocorriam paralelamente às medidas oficiais adotadas pelo governo federal no âmbito da saúde, surtindo um relativo efeito de ampliação do acesso aos serviços de saúde, principalmente em áreas pouco ou nada privilegiadas de recursos nesta área. Constituíram-se, desta maneira, em modelos alternativos ao padrão dominante na política de saúde naquele momento.

Àquela época já era possível identificar discursos e proposições que buscavam repensar o arcabouço dos modelos vigentes de atenção à saúde. Na III Conferência Nacional de Saúde (1963), por exemplo, diversos setores da sociedade brasileira já expressavam, ainda que conflituosa e contraditoriamente, insatisfação com a estrutura do sistema nacional de saúde, especialmente em relação à centralização, à dicotomia entre assistência médica e ações preventivas, à fragilidade do sistema no tocante à sua capacidade para enfrentar os problemas de saúde da população (Luz, 1986).

As propostas alternativas que emergiram dos programas docente-assistenciais e posteriormente dos programas de extensão de cobertura traziam como questão central a compreensão de que não se tratava apenas de construir um modelo de atenção com maior racionalidade técnica, mas construir um novo modelo que fosse mais democrático e inclusivo socialmente, que fosse capaz de se responsabilizar pela saúde das pessoas. A atenção à saúde, neste caso, não se limitava a olhar os processos de adoecimento, mas tinha por referência a noção de que o estado de saúde das pessoas expressava uma relação direta com as condições de vida, o que exige uma intervenção muito mais ampla. Tudo isso configurou uma crítica profunda à medicina preventiva e ao sistema de saúde oficial naquele momento.

Seguindo este pensamento, já nos anos 70, alguns municípios organizaram seus sistemas locais de saúde, tendo como eixo norteador os ideais de extensão de cobertura de ações de saúde nas periferias urbanas, conforme difundidos naquele momento, porém com um diferencial: pensava-se na organização de um sistema de saúde integrado que articulasse as ações típicas de atenção primária a um conjunto maior de ações em saúde. Mesmo com uma

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

oferta de serviços fragmentada, tais propostas apresentavam um leque de ações preventivas e curativas muito diferentes dos programas de medicina comunitária que propunham ações isoladas, sem nenhuma relação com uma rede de referência de maior complexidade.

No final da década de 1970, essas primeiras experiências em atenção primária começaram a ganhar visibilidade, dando o tom à formulação de novas abordagens e formas de organização da atenção em saúde em uma perspectiva de serviços de APS integrados ao sistema de saúde no nível local. Foram exemplares, neste sentido, as experiências na organização de serviços de saúde, nos municípios de Campinas, Londrina, Niterói, São Paulo, e projeto Montes Claros (Goulart, 1996).

Neste contexto, o governo federal editou um programa nacional de extensão de cobertura, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1978, o qual foi bastante inspirado nessas experiências municipais, particularmente na experiência de Montes Claros. O Piass expressou as idéias que faziam parte de um pensamento em destaque naquele momento nas diversas áreas do planejamento econômico e social no país. Nesse programa, as ações de saúde previam o uso de tecnologias mais simples, com utilização ampla de pessoal auxiliar e agentes de saúde residentes nas comunidades. Tinha como propósito criar uma infra-estrutura de saúde pública para uma rápida expansão na cobertura de ações de alcance coletivo.

Inicialmente, o programa foi apresentado como uma proposta seletiva, voltada para regiões mais pobres do país, sendo o Nordeste sua área de atuação, abrangendo o chamado polígono das secas, área coberta pela Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene). Em 1979, cogitou-se sua extensão para todo o território nacional.

O Piass constituiu-se em uma das primeiras iniciativas formais de integração das ações de saúde com vistas a evitar atuações superpostas e concorrentes dos serviços de saúde. Esta experiência brasileira aconteceu no período áureo da proposta de APS formulada em Alma-Ata.

Apesar de ter respondido de maneira restrita às necessidades de saúde de grupos populacionais desprovidos de acesso aos recursos de saúde, o Piass contribuiu para a redefinição da política de saúde, especialmente em dois sentidos: propôs e investiu nas ações descentralizadoras, acumulando força e apoio dos estados e municípios no sentido da expansão da rede pública de atenção à

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

saúde. A partir da extensão da cobertura, apesar da característica seletiva, colocou em discussão um modelo de organização da atenção à saúde, distinto do predominante. Propôs uma reorientação na organização da atenção, tendo a atenção primária como porta de entrada, e estimulou a integração dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, os quais deveriam compor uma rede única. Esta era uma perspectiva já verificada na experiência do Sesp (Souza, 1980; Rosas, 1981).

Na seqüência do Pias e superando sua característica seletiva, em 1981 foi formulado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), cuja temática principal girava em torno da política de extensão de cobertura dos serviços de saúde para todo o território nacional. Pode-se dizer que o Prev-Saúde foi uma tentativa de re-edição do Pias, em uma versão de universalização dos serviços básicos de saúde. O programa previa a expansão da rede pública de saúde por intermédio dos municípios e estados, com integração da rede de serviços básicos de saúde e demais serviços ofertados em outros níveis de atenção, tanto do sistema previdenciário quanto das demais instituições públicas de saúde. Em 1980, a proposta ganhou corpo com a configuração formal de suas diretrizes no âmbito da VII Conferência Nacional de Saúde (VII CNS).

Não obstante ter havido consenso no momento de sua formulação, do ponto de vista prático o Prev-Saúde não conseguiu avançar. Contudo, com o aprofundamento da crise da previdência social que afetou a base da política nacional de saúde ao longo da década de 1980, foram adotadas medidas institucionais de caráter transitório que marcaram o início da reforma do sistema. Tais medidas foram colocadas em prática pelo Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), principais instituições que motivaram alterações importantes no curso da política de saúde. As Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (Suds), ao mesmo tempo, davam respostas à crise previdenciária e abriam espaços para a construção de um outro projeto para o setor: o SUS.⁶

A amplitude da agenda de Reforma Sanitária proposta pelo Movimento Sanitário na VIII CNS (1986) empalideceu a discussão sobre atenção primária,

⁶ Sobre os princípios e diretrizes do SUS, ver Matta, texto "Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

conforme se verificou nos anos 70 até a formulação do Prev-Saúde. Temas como financiamento, descentralização, universalização e integração das ações no sistema de saúde adquiriram maior visibilidade no debate e foram matérias de grande negociação no momento da Constituinte.

A atenção primária era um dos aspectos tratados como parte das discussões sobre a integralidade das ações na estrutura do sistema de saúde e não mais como a estratégia para ampliação da cobertura do sistema público de saúde. Esta discussão estava permeada pela noção de que um sistema de saúde inclusivo e baseado nas necessidades de saúde extrapola os limites de uma proposta de extensão de cobertura. Isso pressupunha que a organização da atenção à saúde deveria ser integral tanto do ponto de vista das ações quanto no sentido da articulação da rede de serviços de saúde.

Durante os anos 80 e 90, as propostas para APS no sistema de saúde brasileiro divergiam em muitos aspectos das reformas realizadas em boa parte dos países latino-americanos. Nestes, os governos foram motivados por agências internacionais a adotar políticas de saúde baseadas em programas seletivos de atenção primária e desvinculados de ações realizadas em outros níveis de atenção.

No nosso país, não se questionava o valor da atenção primária no conjunto das ações e serviços de saúde. Entretanto, questionava-se o caráter simplificador da 'medicina pobre para os pobres', adotada como política, cuja racionalidade econômica era a essência das ações promovidas pelo Estado (Testa, 1985, 1992).

Assim, ao passo que muitos sistemas de saúde públicos estavam experimentando reformas no sentido da redução dos custos de suas ações, o Brasil adotou legalmente políticas sociais de caráter redistributivo e inclusivo jamais admitidas anteriormente. Nesta perspectiva, a APS, defendida e garantida no texto da Constituição Federal de 1988, foi pensada com base em princípios norteadores do SUS: saúde como direito de todos, equidade, integralidade e participação popular.

A Atenção Primária no Sistema Único de Saúde

No SUS, as medidas reformistas implementadas até meados da década de 1990 estavam essencialmente voltadas para o financiamento e a

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

descentralização das ações e serviços de saúde. A ausência de uma discussão mais profunda no âmbito do Ministério da Saúde sobre organização da atenção fez com que prevalecesse, no SUS, o modelo de atenção centralizado, com ênfase na doença e nas ações curativas ofertadas pelos hospitais. As ações de caráter preventivo mantiveram-se sob o predomínio da lógica dos programas verticais e das campanhas sanitárias. O tipo de financiamento adotado favorecia as ações de saúde hospitalares e, na esfera das ações ambulatoriais, manteve-se a lógica da produção de atos médicos (consultas médicas especializadas, recursos diagnósticos e terapias) não favorecendo as ações de promoção e prevenção em saúde.

No curso do processo de descentralização do sistema de saúde, alguns municípios construíram propostas alternativas e muito variadas em termos da organização da atenção, tendo como foco a atenção primária. As experiências locais favoreceram a ampliação da discussão sobre a crise do modelo assistencial, intensificando a valorização deste tema na agenda reformista do setor no decorrer da década de 1990.

Em termos normativos, a APS ganhou destaque na política nacional de saúde a partir da edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 01/96. Em termos históricos, as primeiras iniciativas do Ministério da Saúde dedicadas à alteração na organização da atenção à saúde com ênfase na atenção primária surgiram no momento em que foram estabelecidos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. O Pacs e posteriormente o PSF surgem com o intuito de estimular os municípios a assumirem alternativas de organização da atenção em âmbito local, especialmente aqueles municípios pequenos, sem nenhuma ou com exígua rede de serviços de saúde conformada.

A institucionalização do Pacs estava associada também à ação do governo federal para enfrentar o problema dos altos índices de morbimortalidade infantil e de algumas epidemias na região Nordeste do Brasil, posteriormente se estendendo à região Norte. O PSF, considerado uma derivação e ampliação do Pacs, embora não assumido formalmente como um programa seletivo, priorizou sua implantação em áreas de maior vulnerabilidade social, tendo como base de informação o mapa da fome produzido pela Comunidade Solidária (Dal Poz & Viana, 1998).

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As características do Pacs e PSF, programas que deram expressão à APS na agenda da política de saúde dos anos 90, no primeiro momento, guardavam semelhanças com os programas formulados nos anos 70, nos seguintes aspectos:

- a extensão de cobertura de recursos assistenciais estava relacionada à oferta de ações específicas de saúde direcionadas a grupos populacionais mais vulneráveis com dificuldades para acessar e usar os serviços de saúde;
- na medida em que surgem como programas verticais desarticulados da rede de serviços de saúde, na sua origem não apresentavam elementos suficientemente fortes para reordenar a organização da atenção no âmbito do SUS.

Claramente se verifica que os limites institucionais e os acordos possíveis desta fase da implementação da política de saúde refletiram no desenho dessas primeiras iniciativas de reorganização da atenção dando um tom seletivo aos referidos programas de atenção primária. Até o momento da formulação do PSF não existia na estrutura do Ministério da Saúde nenhuma área peculiar que abrigasse a atenção primária como nível de atenção. As ações desse cunho constituíam-se em ações programáticas organizadas segundo problemas específicos: saúde da criança, da mulher, mental, hipertensão arterial, tuberculose, entre outros, considerados ações prioritárias, vinculadas ao Departamento de Políticas de Saúde.

A posição marginal que ocupava o Pacs e o PSF dentro do Ministério da Saúde contribuiu para que tais programas assumissem no primeiro momento um perfil segmentado. Sua vinculação se fez junto à Coordenação da Saúde da Comunidade (Cosac) dentro do Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), sob responsabilidade da Gerência Nacional do Agente Comunitário e da Gerência da Saúde da Família. O PSF nasceu descolado das áreas programáticas e nos seus primeiros anos de existência manteve-se fora da estrutura do Ministério da Saúde.

Uma das primeiras medidas que provocou a saída do PSF da posição marginal para uma posição de destaque no âmbito da política foi a mudança na sua vinculação institucional. O programa foi transferido da Funasa para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), sendo ligado diretamente ao Departa-

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

mento de Assistência e Promoção à Saúde. Essa medida partiu do Ministro Adib Jatene, sensibilizado quanto ao potencial do PSF para o fortalecimento da atenção primária na política de saúde.

A grande alteração nesse sentido foi a edição da NOB SUS 01/96, quando se instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB). Aos municípios seria repassado um valor específico por meio do Fundo Municipal de Saúde, cujo cálculo seria de base *per capita*, para incentivar a organização da rede básica de saúde no nível local. O PAB apresenta uma versão variável destinada ao incentivo de ações e projetos prioritários, dando ênfase ao Pacs e ao PSF. Com a edição dessa Norma Operacional, o Ministério da Saúde passou a incentivar financeiramente a implantação do PSF e do Pacs nos sistemas locais de saúde como estratégias para reorganização do modelo de atenção na rede pública de saúde. Estas medidas foram conduzidas como parte do processo de descentralização em curso no país.⁷

A análise da trajetória do PSF indica dois momentos diferentes do programa. O primeiro marca sua fase de formulação e implantação quando o programa ocupava uma posição marginal no contexto global da política de saúde, apresentando características de focalização. No segundo momento, o PSF, como proposta organizativa da APS, passa a ser considerado estratégico para reorientação do modelo de atenção ainda predominante no SUS.

Do ponto de vista da abordagem, O Pacs e o PSF trouxeram a família e a comunidade como norteadores da organização da atenção à saúde quando tradicionalmente a abordagem individual centrada na doença dominava a ação programática da política nacional de saúde. A proposta de organização da atenção inerente ao PSF foi assumida pelo Ministério da Saúde como estratégica para a reorganização da atenção básica do SUS.

A ABS, então, configura-se como primeiro nível que se articula sistemicamente aos demais de serviços de saúde de maior complexidade assistencial, cuja abrangência provê ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de acordo com o perfil epidemiológico e necessidades apresentadas em um dado território (Levcovitz & Garrido, 1996; Cordeiro, 1996; Brasil, 1999).

⁷ Sobre o incentivo financeiro da APS no SUS, ver Serra e Rodrigues, texto "O financiamento da saúde no Brasil", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os incentivos do Ministério da Saúde à implantação do PSF visavam desenvolver as ações básicas e promover a reorganização das práticas de saúde não somente neste nível de atenção, mas com reflexos em todo o sistema. O modelo PSF propõe que a equipe multidisciplinar assuma a responsabilidade sobre um território onde vivem e trabalham um quantitativo de pessoas, tendo como foco de intervenção a família, buscando imprimir uma atenção continuada, intersetorial e resolutiva com base nos princípios da promoção da saúde (Brasil, 1999).

Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica em Saúde

Vários autores tratam indistintamente os termos 'Atenção Primária à Saúde' (APS) e 'Atenção Básica em Saúde' (ABS), apontando para o reconhecimento e utilização internacional da APS; portanto, ABS seria uma descrição brasileira de uma concepção forjada historicamente no cenário internacional (Matta, 2006).

Atualmente, alguns autores, o próprio Conass e alguns documentos e eventos do Ministério da Saúde já vêm utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida de Atenção Primária à Saúde. Assim, é claro que, no Brasil, o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura de atenção básica para definir APS, tendo como sua estratégia principal a Saúde da Família. (Conass, 2007: 18)

O termo atenção básica foi assumido na política nacional de saúde a partir da NOB SUS 01/96. Na análise dos atores envolvidos na condução da política, a opção pelo termo deveu-se essencialmente ao fato de que, naquele momento, existia, do ponto de vista ideológico, uma forte resistência de alguns atores ao termo atenção primária à saúde, principalmente porque, como dito anteriormente, o propósito seletivo prevalecia na concepção veiculada por organismos internacionais. O que se propunha para a Reforma Sanitária brasileira era uma estratégia e um dispositivo de atenção integral à saúde e articulada ao sistema de saúde de base universal (Sampaio & Souza, 2002; Fausto, 2005).

Conforme a atual Política Nacional de Atenção Básica, a ABS é pautada pelos princípios do SUS, caracterizando um dispositivo do sistema de saúde brasileiro que deve garantir principalmente a universalidade, a integralidade e participação popular.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

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, a 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 essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (Brasil, 2006: 2)

A globalização da economia e, conseqüentemente, suas estratégias de uniformização do campo da saúde, apontam para o uso de termos e definições que procuraram apagar a historicidade e as especificidades políticas, sociais e culturais dos Estados Nacionais e suas populações. Atualmente, essas estratégias têm sido denominadas Políticas de Saúde Globais, uma vez que impõem uma transterritorialidade aos sistemas e políticas de saúde nacionais, da qual a APS é um de seus principais exemplos (Matta, 2005a).

A OMS, o Banco Mundial e a Unicef são alguns dos organismos internacionais que formulam e propõem a APS como um programa a ser desenvolvido tendo em vista recomendações e diretrizes que não dialogam com as especificidades dos sistemas nacionais de saúde, desconsiderando, em nome de proposições custo-efetivas, os pactos nacionais, a participação popular e principalmente a discussão sobre a saúde como um direito.

Neste sentido, ABS é a noção que melhor representa a história e a concepção do sistema de saúde brasileiro, fundado nos ideais da Reforma Sanitária e nos princípios e diretrizes do SUS.

Considerações Finais

O PSF tem ocupado um espaço importante na agenda da política de saúde. Mas, ao mesmo tempo, por ser um modelo específico de organização da atenção que tem incentivado à implantação nas diferentes realidades do país, tem provocado críticas importantes à sua estruturação e implementação.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Parte das críticas feitas ao PSF, principalmente nos primeiros anos de sua implantação identifica o programa como vertical e seletivo, muito próximo das cestas básicas propostas pelo Banco Mundial. Outros argumentos apontam que o PSF não é uma proposta inovadora como propõem seus formuladores. Ao contrário, traz de volta propostas já superadas, como a da medicina comunitária ou da medicina simplificada direcionada para os pobres. Outras críticas apontam o caráter centralizador dessas medidas, argumentando que a definição prévia da alocação dos recursos financeiros limita as chances dos municípios em adotar modelos de atenção mais condizentes com a realidade local.

Mesmo que não se possa falar que haja consenso em torno do PSF, é indiscutível que sua formulação tenha provocado a reestruturação e o fortalecimento das diretrizes da atenção primária no âmbito da política nacional de saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe incontestável relevância para a atenção básica na agenda decisória da política nacional de saúde e por várias razões tem motivado os dirigentes a persistirem nesta direção.

Especialmente a partir de 1998, a ESF tem-se desenvolvido em todo o país, sendo notáveis a expansão geográfica de cobertura e a ampliação quantitativa das equipes do PSF nos muitos e variados municípios e regiões do Brasil. Todavia, devemos considerar as diferenças regionais e municipais verificadas nesse processo. A gestão da atenção básica é muito variada entre os municípios brasileiros que também são muito desiguais entre si em termos demográficos, econômicos, culturais e institucionais. Os diferentes momentos e formas de gestão da saúde nos municípios têm reflexos significativos na pluralidade de implantação do PSF e de organização da atenção básica (Viana et al., 2002; Brasil, 2002).⁸

Boa parte dos problemas e constrangimentos verificados no desenvolvimento do PSF e mais amplamente na atenção básica tem relação com a própria vulnerabilidade do SUS. Em última instância, refletem as diretrizes da política econômica vigente no país que atingem brutalmente as políticas sociais. O SUS ainda apresenta marcas de um sistema de saúde fragmentado, no qual as instituições de saúde são pouco articuladas, suas ações são, em grande medida,

⁸ Sobre a relação entre as instâncias de gestão do SUS, ver Machado, Lima e Baptista, texto "Configuração institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

desintegradas e o acesso da população aos recursos nos diferentes níveis de atenção é predominantemente muito desigual. Isto tem reflexos na atenção primária e em qualquer outro momento da atenção fornecida pelo SUS.

Ainda há um longo caminho a ser percorrido para que se possa afirmar que as medidas de fortalecimento da atenção básica adotadas pelo governo federal foram capazes de reorientar o modelo assistencial nos serviços de saúde do país e de consolidar uma maior qualidade e satisfação do usuário com os serviços prestados pela rede pública.

Sabemos que, apesar dos investimentos crescentes na atenção básica, ainda se mantém o modelo assistencial em que a lógica da organização da atenção ainda parte muito mais dos procedimentos previamente definidos do que propriamente das necessidades de saúde apresentadas pela população em territórios específicos. As ações de promoção e prevenção ainda apresentam um viés essencialmente vertical, programático e campanhista. Apesar da ampliação dos recursos financeiros em APS, esses investimentos apresentam mais reflexo na ampliação do acesso do que na redefinição do modelo assistencial.

Referências

- ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendência de mudança. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2): 263-289, 1999.
- BANCO MUNDIAL. *Informe sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: investindo em Saúde*. Washington: Banco Mundial, 1993.
- BODENHEIMER, T.; WAGNER, E. H. & GRUMBACH, K. Improving primary care for patients with chronic illness. *Jama*, 288(14): 1775-1779, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da Implantação do Programa de Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/organizacao_atencao.pdf>. Acesso em: 28 out. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BUSS, P. M. et al. Promoción de la salud y la salud pública: una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2000. (Mimeo.)

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: Conass, 2007.
- CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. *Cadernos Saúde da Família*, 1(1): 13-18, 1996.
- CUETO, M. *The origins of primary health care and selective primary health care*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003. (Mimeo). Disponível em: <www.globalhealthtrust.org/doc/Word%20Marcos%20Cueto.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2004.
- DAL POZ, M. R. & VIANA, A. L. D'A. *Reforma em Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Uerj, 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 166)
- DONNANGELO, M. C. F. *O Campo de Emergência da Medicina Comunitária*, 1976. Tese de Livre-docência, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- 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, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- FONSECA, C. O. As campanhas sanitárias e o ministério da saúde (1953-1990). In: BENCHIMOL, J. (Coord.) *Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos, Editora Fiocruz, 2001.
- UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Cuidados Primários de Saúde*. Brasil, 1979. (Relatório sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978)
- GOULART, F. A. A. *Municipalização: veredas caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, Conasems, 1996.
- LEAVELL, S. & CLARCK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- LEVCOVITZ, E. & GARRIDO, N. G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. *Cadernos Saúde da Família*, 1: 5-12, 1996.
- LITSIOS, S. The long and difficult road to Alma Ata: a personal reflection. *International Journal of Health Services*, 32(4): 709-732, 2002.
- LUZ, M. T. *As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986. v.4 (Biblioteca de Saúde Coletiva)
- MAGNUSSEN, L. E. J. & JOLLY, P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Affairs*, 23(3): 67-176, 2004.
- MATA, J. A. S. & RUIZ, M. L. F. Definición y características de la atención primaria de salud. In: FADSP (Org.) *Situación Actual y Futuro de la Atención Primaria de Salud*. Madri: FADSP, 1993. (Sanidad Pública, n. 7)

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

- MATTA, G. C. *A Medida Política da Vida: a invenção do WHOQOL e a construção de políticas de saúde globais*, 2005a. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- MATTA, G. C. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. *Trabalho Educação e Saúde*, 3(2): 371-396, 2005b.
- MATTA, G. C. A construção da integralidade nas estratégias de atenção básica em saúde. In: EPSJV. (Org.) *Estudos de Politecnicia e Saúde*. 1.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.
- MATTA, G. C. & MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: EPSJV (Org.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 1.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.
- MINISTRY OF HEALTH. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920. Disponível em: <www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm> Acesso em: 25 set. 2006.
- OMS/OPAS. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Atenção Primária de Saúde nas Américas: as lições aprendidas ao longo de 25 anos e os desafios futuros*. Washington D.C., EUA: OMS, Opas, 2003. (Informe Final)
- ROSAS, E. J. *A Extensão de Cobertura dos Serviços de Saúde no Brasil. Piass – análise de uma experiência*, 1981. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ROTHMAN, A. A. & WAGNER, E. H. Chronic illness management: what is the role of primary care? *Annals of Internal Medicine*, 138(3): 256-261, 2003. Disponível em: <<http://www.annals.org/cgi/content/full/138/3/256>>. Acesso em: 17 ago. 2004.
- SAMPAIO, L. F. R. & SOUZA, H. M. Atenção básica: política, diretrizes e modelos coletâneos no Brasil. In: NEGRI, B.; FARIA, R. & VIANA, A. L. (Orgs.) *Recursos Humanos em Saúde – política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. São Paulo: NEPP, Unicamp, 2002.
- SOUZA, J. A .H. O modelo Piass, sua programação e sua evolução para o Programa Nacional de Serviços básicos de Saúde. In: VII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1980.
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Tradução de Fidelity Translations. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
- TESTA, M. Atención primaria o primitiva? *Cuadernos Medico Sociales*, 34: 3-13, dic., 1985.
- TESTA, M. *Pensar em Saúde*. Tradução de Walkiria Maria Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

VIANA, A. L. D'A. et al. *Indicadores de monitoramento da implantação do PSF em grandes centros urbanos*. Relatório síntese da pesquisa. 2002. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/ascom/indicadorespsf>>. Acesso em: 15 dez. 2004.

WARREN, K. S. The evolution of selective primary health care. *Social Science and Medicine*, 26(9): 891-898, 1988.

WHO. *World Health Organization. Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva, 2000. Disponível em: <www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/index.htm>. Acesso em: 9 set. 2004.