

Reflexões sobre a Estratégia Saúde da Família e o desenvolvimento de suas bases sócio-políticas, econômicas e técnico-científicas

Reflections on the Family Health Strategy and the development of their bases socio-political, economic and technical-scientific

Reflexiones sobre la Estrategia de Salud de la Familia y el desarrollo de sus bases socio-político, económico y técnico-científica

Tiago José Silveira Teófilo

Cheila Portela Silva

RESUMO

Discorre-se acerca da Estratégia Saúde da Família (ESF), detendo-se em movimentos que geraram seu desenvolvimento como principal programa para a organização da atenção primária à saúde no Brasil. Recorre-se às discussões sobre os aspectos sociopolíticos, econômicos e técnico-científicos em textos de pesquisas sobre o tema no país. Os mentores que mais incentivaram o processo de desenvolvimento da Estratégia foram os organismos multilaterais de financiamento, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira e o governo federal. Desde a criação, a ESF vem sendo discutida como o principal programa com vistas a inverter o modelo de atenção à saúde, no entanto, há divergências nessa proposição, pois há críticas acerca da centralidade da proposta na vigilância à saúde por meio da epidemiologia em detrimento da clínica. A

ESF, consolidada no Brasil, no entanto, depara-se com a centralidade do investimento público em municípios e desfinanciamento das outras esferas de governo. A Estratégia propõe-se inovadora, desenvolvendo-se com participação de diferentes categorias profissionais e por meio da busca da ampliação do olhar dos indivíduos para as famílias. No entanto, as avaliações denotam que, mesmo com melhoria dos indicadores básicos de saúde, não há superação da tradição medicalizante, e há problemas na composição das equipes, na realização de visitas domiciliares, no parco estímulo financeiro e na forma vertical de imposição pelo Ministério da Saúde. Por fim, considera-se que a ESF deva ser prioridade, a partir do combate às forças que se opõem à sua idealização.

Palavras-chave: Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Serviços de Saúde.

ABSTRACT

It discusses about is the Family Health Strategy (FHS), focusing on movements that led its development as a main program for the organization of primary health care in Brazil. We resort to discussions on socio-political aspects, economic and technical-scientific texts on the subject of research in the country. The more mentors who encouraged the development process of the strategy were the multilateral funding agencies, the Brazilian Health Reform movement and the federal government. Since inception, the FHS has been discussed as a major program designed to reverse the model of health care; however, there are differences in this proposition, because there is criticism about the centrality of the proposal on health surveillance through epidemiology at the expense the clinic. The FHS, consolidated across the country, however, faced with the centrality of public investment in non-funding municipalities and other spheres of government. The Strategy proposes innovative, being developed with the participation of different professional categories and search through the enlargement of individuals looking for families. However, assessments show that, even with the improvement of basic health indicators, there is no tradition of medicalizing overcome, and there are problems in the composition of teams, carrying out home visits, and the meager financial incentive in the form of vertical imposition by the Ministry Health. Finally it is considered that the FSH should be a priority, from the fight against forces that oppose its idealization.

Keywords: Family Health, Primary Health Care, Health Services.

RESUMEN

Se discute es la Estrategia de Salud Familiar (ESF), centrándose en los movimientos que llevaron a su desarrollo como un programa principal de la organización de la atención primaria de salud en Brasil. Recurrimos a los debates sobre los aspectos sociopolíticos, económicos y técnico-científicos textos sobre el tema de la investigación en el país. Los mentores más que animaron el proceso de desarrollo de la estrategia fueron los organismos multilaterales de financiación, el movimiento de la Reforma de Salud de Brasil y el gobierno federal. Desde su creación, el ESF ha sido discutido como un importante programa diseñado para revertir el modelo de atención de la salud, sin embargo, existen diferencias en esta propuesta, ya que existe una crítica sobre la centralidad de la propuesta sobre vigilancia de la salud a través de la epidemiología en la costa la clínica. El ESF, consolidada en Brasil, sin embargo, frente a la centralidad de la inversión pública en las ciudades y desfinanciamiento de otras esferas de gobierno. La Estrategia propone innovadora, está desarrollando con la participación de las diferentes categorías profesionales y de búsqueda a través de la ampliación de las personas que buscan para las familias. Sin embargo, las evaluaciones muestran que, incluso con la mejora de los indicadores básicos de salud, no hay la tradición médica a superar, y hay problemas en la composición de los equipos, la realización de visitas domiciliarias, y el incentivo escasa financiera en forma de imposición vertical por el Ministerio Salud. Por último, se considera que el ESF debe ser una prioridad, desde la lucha contra las fuerzas que se oponen a su idealización.

Palabras clave: Salud de la Familia, Atención Primaria de Salud, Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

Desde o final do século XX, o Brasil tem sido palco de mudanças nos processos de organização da saúde pública, mormente, no que diz respeito à atenção primária à saúde. Diversas influências mobilizaram as estratégias dos setores públicos, tendo em vista, principalmente, ampliar o alcance de programas governamentais às populações abastardas economicamente. O principal programa, denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), tem se consolidado como modelo oficial de atenção primária à saúde em nível nacional.

As discussões sobre a inversão da lógica da produção dos serviços de saúde no Brasil têm situado a ESF como proposta ousada que pretende promover mudanças no modelo assistencial. Por isso, a Estratégia tem sido vista como carro chefe da consolidação do princípio constitucional da integralidade da atenção à saúde. Modelo de atenção à saúde pode ser considerado como modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho, a partir de disputas e acordos entre o conjunto de indivíduos e grupos que portam as necessidades de saúde e os que dominam saberes e práticas, mediados por aqueles que ocupam espaços institucionais reconhecidos como legítimos para governar¹. A partir desse conceito, este ensaio intentou compreender o lugar histórico da ESF, enquanto possível proposta de mudança no modelo assistencial à saúde, em sua rede de mediações e continuidades através de instituições, atores, movimentos, discursos disciplinares e políticas

sociais. Portanto, buscou-se por compreender como a ESF vem interferindo no desenvolvendo da atenção primária à saúde no Brasil, os organismos multilaterais de financiamento, o governo federal e o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, como as principais forças constitutivas da produção da Estratégia².

Este ensaio busca, por meio da reflexão sobre bases sociopolíticas, econômicas e técnico-científicas constitutivas da ESF, discutir os principais aspectos que a moveram e a movem em seu atual desenho, do ponto de vista de seu percurso histórico, resultados e perspectivas.

O texto encontra-se dividido em cinco partes, de modo que nas três primeiras, discute-se, especificamente, cada um dos agentes da construção da ESF, e em seguida, traçaram-se posicionamentos acerca da soma de suas influências, dos resultados alcançados e do que está posto atualmente. Por fim, apresentam-se breves considerações finais com as impressões de autores sobre as perspectivas para se repensar a atenção primária à saúde.

Os organismos multilaterais de financiamento e a Estratégia Saúde da Família

A criação do capital financeiro, a partir de Bretton Woods, em 1944, foi acompanhada pela fundação, na mesma década, de organismos internacionais multilaterais de financiamento, como o Fundo Monetário Internacional e o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (posteriormente Banco Mundial), como agências de sustentação do capital financeiro. No mesmo período, surgiram órgãos como a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a

Infância (Unicef) e a Organização das Nações Unidas, ligadas à necessidade de gerenciar as contradições sociais decorrentes do sistema capitalista e sua expansão mundial.

Esses órgãos exercem, na saúde, influência indiscutível, orientando as políticas do setor e direcionando recursos e prioridades. No que diz respeito, especificamente, à atenção primária à saúde, desde a década de 1970, parte do financiamento tem sido apoiada por estes organismos multilaterais. Tais agências são partícipes da construção do “paradigma da economia da saúde” que tem como principal difusor o Banco Mundial³.

Para o Banco Mundial, o setor público deve prover “cestas básicas”, conjunto mínimo de ações essenciais aos que não podem arcar individualmente com gastos em saúde. Dessa forma, por meio do investimento em empréstimos aos países em desenvolvimento, o Banco vem submetendo as definições de prioridades de despesas a serem incorridas em moeda local às negociações com agentes externos não referendados por instância de representação política nacional⁴⁻⁵.

Uma das formas de atuação dos organismos internacionais na definição dos perfis técnico-científicos de produção das ações de saúde ocorre com a realização de fóruns internacionais, com participação de autoridades de diversas nações. Coordenados pelas agências que apóiam os países em desenvolvimento, tais eventos têm sido definidores da configuração de seus sistemas de saúde. Neste contexto, a Primeira Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde (conhecida como Conferência de Alma-Ata), realizada em 1978, pela OMS e Unicef, foi

marco na organização da atenção primária. É importante destacar que esse evento ocorreu quatro anos após a produção do Relatório Lalonde, que evidenciava a ineficiência do modelo biomédico centrado no curativismo, tanto do ponto de vista financeiro quanto dos resultados em saúde, advogando mudanças na estrutura dos serviços de saúde, deslocando o foco para as ações preventivas⁶.

A Conferência de Alma-Ata teve impacto na criação, no mundo, de serviços primários de saúde. Seus pressupostos basearam-se na provisão de cuidados essenciais de saúde, por meio de técnicas apropriadas, cientificamente comprovadas, socialmente aceitas e a um custo que a comunidade e o país pudessem suportar. A proposta colocava tais serviços como núcleo central do sistema de saúde e primeiro nível de contato das pessoas, sendo situados nos locais em que estas residiam e trabalhavam⁷.

Em termos operacionais, podem-se resumir as seguintes determinações mínimas como explicitadas na Declaração de Alma-Ata para a estruturação da atenção primária no mundo: educação sanitária, suplementação alimentar, nutrição adequada, abastecimento adequado de água potável e saneamento básico, assistência materno-infantil (inclusive planejamento familiar), imunização, prevenção e combate às doenças endêmicas, tratamento apropriado de doenças e traumatismos comuns e fornecimento de medicamentos essenciais⁸.

A realização da Conferência de Alma Ata esteve intimamente ligada à crise do sistema capitalista, ocorrida com grave recessão mundial na década de 1970, em que se buscou pelo planejamento centralizado, com diminuição dos custos das ações e aumento dos benefícios.

Portanto, o documento produziu o fruto do estabelecimento de padrões de racionalidade, tendo em vista conceitos pouco determinados, ou abstratos, em um paradigma que passou a ter como referência o racional/irracional no setor saúde, supondo que a construção de políticas sociais ocorria no campo da razão e que evolutivamente esta seria a tendência dos países. Este contexto esteve relacionado, ainda, ao desenvolvimento, principalmente nos Estados Unidos, da Medicina Comunitária, a partir dos anos de 1950/60, que procurou estruturar serviços de atenção básica como alternativa aos altos custos dos serviços médicos, focalizando as ações preventivas⁹⁻¹⁰.

Influenciadas por esses movimentos internacionais, surgiram experiências no Brasil que guardavam coerência com as prescrições de Alma-Ata. Dentre estas, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, elaborado em 1980, o qual não foi efetivado, o Plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária, criado em 1982, e a política de Ações Integradas de Saúde, iniciadas em 1983. Estas ações foram precursoras da criação da Atenção Básica à Saúde no Brasil, contribuindo de forma significativa para o processo de descentralização e ampliação do acesso aos serviços de saúde¹¹.

Nesse contexto, depois de Alma Ata, ocorreu evolução da discussão acerca da necessidade de ampliação dos serviços de saúde, a partir da atenção primária, tendo-se na sustentação da ideia de Promoção da Saúde (PS), seu amadurecimento. Desta forma, com o objetivo de ampliar a discussão, a atenção primária à saúde deveria estruturar processos para garantir a promoção de condições para paz, educação, moradia adequada, alimentação

saudável, renda suficiente, ecossistema estável, justiça social e equidade. No entanto, as deliberações dos órgãos multilaterais caminharam para a exclusão de países mais pobres no debate. Ocorreu que, ao ampliar a abordagem, percebeu-se que a participação dessas nações fora evitada, tendo como justificativa a inviabilidade de os países desenvolvidos discutirem esse modelo junto aos países periféricos. Por isso, ao realizar nova conferência internacional em Ottawa, em 1986, a OMS difundiu que o ideário mais completo para construção da promoção da saúde (os), através da consolidação do Estado de Bem-Estar Social, fora direcionado, especificamente, para países centrais, o que fortaleceu a indicação de cestas básicas de serviços às nações mais pobres¹².

Em 1992, com conferência realizada em Bogotá, observou-se o interesse voltado para as mudanças operadas no conceito de PS para as periferias financeiras. Entretanto, as questões discutidas nestas conferências não ocorriam de forma harmônica no mundo a partir do desenvolvimento desigual do capitalismo. Ao analisar as cartas das Conferências de Ottawa e de Bogotá, compreende-se que, além de culpar a crise econômica e as políticas de reajuste macroeconômico nos dois contextos, as propostas conduzidas a partir destes documentos na América Latina possuem caráter autoritário, por meio da focalização de políticas de baixo custo para segmentos mais pobres e excluídos¹².

Há algo similar entre as iniciativas de oferta de ideias por parte do Banco Mundial e da OMS para a reforma dos sistemas de saúde de países pobres: ambas buscam por apresentar recomendações sobre os sistemas de saúde e

suas reformas, como se estas decorressem de conhecimento técnico-científico universal, portanto, universalmente aplicável. Ambas envolvem considerável esforço de pesquisa, conduzidos por técnicos qualificados, contudo à margem do debate político entre os representantes dos países-membros. Pelas ideias, supostamente, universais, pelo constrangimento indireto, aliás, análogo ao aplicado por vários agentes econômicos privados que atuavam nos mercados financeiros internacionais, o padrão de oferta de ideias destas agências pareceu seguir cumprindo papel de disciplinar as políticas de países em desenvolvimento¹³.

Por fim, ao constatar o irrisório aumento de gastos públicos em saúde no Brasil nos últimos anos, percebeu-se que o atual modelo implantado de atenção à saúde, aqui ressaltada a ESF, não esquivava do ideário das reformas implantadas entre países movidos por influências de prescrições das agências internacionais, focadas em questões de custo da assistência médica e maior eficiência dos sistemas de saúde. Trata-se da alocação de recursos para os sistemas de saúde com vistas à redução de gastos com atenção hospitalar, ao uso racional de recursos tecnológicos mais especializados e maior incremento de ações de baixo custo com promoção e prevenção ambulatorial, domiciliar e comunitária³.

O Movimento da Reforma Sanitária e a Estratégia Saúde da Família

A produção do escopo teórico-prático da ESF é atravessada pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira. No auge da luta pela derrocada no Regime Militar no Brasil, movimentos sociais e estudiosos de saúde

pública vinham sendo influenciados por dois processos conjunturais importantes: a Medicina Preventiva, que se fortalecia nos Estados Unidos, e pelo modelo de Medicina Social, a partir da década de 1960, enquanto prática de medicina integral, pela qual se buscava máxima descentralização e autogoverno local, com participação democrática da comunidade na organização e produção dos serviços de saúde¹⁴.

No bojo dos movimentos sociais urbanos no final da década de 1970 e início dos anos de 1980, ascendentes com o desgaste da ditadura militar, surgiram lutas por políticas públicas, no caso da saúde, que se deslizavam para demandas de acesso ao poder. Este acesso ocorria, inicialmente, na universidade, cuja mobilização de profissionais de saúde nos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) promoveu discussões e estabeleceu propostas de mudanças nas políticas de saúde. Contudo, no processo de expansão deste tipo de departamento para as escolas da área de saúde do país, o discurso preventivista foi incorporado de maneira diferenciada, dependendo da autonomia e liberdade de pensamento. Logo, com o fortalecimento dos recém-criados DMP, promoveu-se a ampliação das discussões a respeito da medicina preventiva e social, e tais instituições começaram a debater a relação entre classes sociais e saúde, a determinação social do processo saúde-doença, enfim, as ciências sociais aplicadas à saúde¹⁵⁻¹⁶.

Outra frente de trabalho passava a ser utilizada pelos “pensadores” da medicina social, também chamada comunitária: ocorria integração do trabalho desenvolvido em universidades com movimentos sociais e processos de redemocratização que vinham

sendo desembocados nas secretarias de saúde de municípios. Com esta investidura, secretários municipais de saúde iniciariam a busca pela municipalização, hierarquização, regionalização e integralidade das ações de saúde. Neste ínterim, antes da aprovação da Constituinte democrata de 1988, experiências municipais surgiram no Brasil ao se implantarem postos comunitários de saúde com intuito de promover a medicina de família e comunidade em bairros mais pobres de centros urbanos e municípios de pequeno e médio porte¹⁵.

Entretanto, com a evolução das discussões e formalização do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, ocorreu polarização entre as teorias desenvolvidas e as estratégias utilizadas em diferentes regiões do país. Diferentes correntes de pensamentos e aproximações de estudiosos e gestores brasileiros do campo da saúde com teorias como a Epidemiologia Crítica e a Análise Institucional, por exemplo, foram conformando importantes divergências na construção dos serviços e produções acadêmicas no país. Além disso, a heterogeneidade das condições socioeconômicas e culturais do povo brasileiro pode ter influenciado tais construções¹⁶.

No sudeste do Brasil, por exemplo, encontraram-se, no final da década de 1970, municípios, dentre os quais se destacam: Campinas, Londrina, Niterói, Montes Claros e Marília, implantando políticas voltadas para a defesa dos interesses da população e estruturação, com recursos próprios, de serviços de saúde apoiados em quatro características básicas: a democratização da atenção médica; a extensão de cobertura com a instalação de redes básicas de atenção à saúde, que previam a hierarquização dos níveis de atenção; a atenção integral e a participação comunitária¹⁷⁻¹⁸.

No Ceará, um dos estados mais pobres do Nordeste na época, desenvolveu-se, com intervenção da OPAS/OMS a ideia dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Tal proposta baseava em conceitos como: problema, que pressupõe a interdisciplinaridade, ou seja, a interposição de disciplinas do conhecimento, buscando-se integração conceitual e metodológica entre elas; e território, o qual se fundamentava na análise da conjuntura de saúde e na definição da situação desejada em cada região com especificidades epidemiológicas. A partir desta experiência surgiu, em 1986, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que tinha como objetivo utilizar pessoas leigas para atuarem como elo entre unidade de saúde e comunidade¹⁹.

Nesse contexto, dois modelos principais foram desenvolvidos na época: Modelo em Defesa da Vida (mais concentrada no Sudeste) – fundamentados nos princípios: gestão democrática, saúde como direito de cidadania e serviço público de saúde, voltado para a defesa da vida individual e coletiva, com foco na micropolítica dos processos vividos; e Ação Programática em Saúde, ou Vigilância à Saúde (desenvolvida principalmente no Nordeste) – previa a organização do trabalho a partir da epidemiologia crítica com atividades eventuais, conforme a demanda espontânea, atividade de rotina para demanda organizada, programas definidos por ciclos de vida, por doenças especiais ou importância sanitária, hierarquização interna de atividades, gerência por médicos sanitaristas e regionalização e hierarquização das unidades²⁰.

As produções teóricas no Brasil a partir do final da década de 1980 aumentaram consideravelmente. Desde então, passou-

se a utilizar o termo Saúde Coletiva como referente à nova corrente de pensamento nascida no país definida como: “corrente resultante da crítica aos diferentes movimentos e projetos de reformas em saúde ocorridos nos países capitalistas no século XX, a partir da construção de uma teoria crítica histórico-social do processo saúde-doença”^{21:102}.

Nesse contexto, o desenvolvimento da Saúde Coletiva definitivamente contribuiu para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), porém, o campo foi habitado por tensões paradigmáticas que colocavam em cheque a questão da produção social da saúde como oposta ou complementar a de história natural do processo saúde-doença²².

Há autores que defendem o fortalecimento das Ações Programáticas e Vigilância à Saúde, ao discutir que por meio desta ideia, houve acúmulo crítico, discursivo e paradigmático anti-modelo hegemônico da biomedicina e dos elementos ideológicos do modelo médico assistencial privatista, combatido pelo movimento da Reforma Sanitária no Brasil. Desta forma, nos princípios norteadores do SUS, o novo modelo assistencial produzido não poderia ser centrado na figura do médico (medicina de família, geral, ou comunitária), e sim na “saúde da família”, visualizada como operadora da saúde como qualidade de vida²³.

A proposta teórica propõe-se, portanto, alargar a concepção voltada para a reorganização da prática médica, clínica, a partir da ampliação do objeto de trabalho, passando do indivíduo para a família, tendo-se na criação do Programa de Saúde da Família (PSF), vindo a ser chamada, posteriormente de ESF, oportunidade histórica de se reverter

o modelo de atenção à saúde em larga escala. Portanto, existem avanços nesta proposta em relação as que a precederam historicamente: o alcance nacional, a importância atribuída ao trabalho em equipe multiprofissional, a interdisciplinaridade, a integração do agente comunitário de saúde na estratégia e a viabilização em grandes aglomerados urbanos²³⁻²⁴.

Nesse ínterim, a ESF foi defendida como programa prioritário no atual sistema público de saúde, devido aos princípios organizativos que incluía: impacto – mudanças quantitativas e qualitativas no estado atual e futuro de saúde de determinada população; orientação por problemas – somente identificando, descrevendo e explicando um problema, na concretude de um território de saúde da família, é que se poderia atuar sobre as causas; intersetorialidade – a convocação de outros setores para resolução de problemas encontrados além do setor saúde; planejamento e programação local – exige mudanças epistemológicas e metodológicas para o resgate do território como espaço de planejamento e programação; hierarquização – suficiência e insuficiência tecnológicas; referência e contrarreferência; intercomplementaridade; primeiro contato – porta de entrada; longitudinalidade – assegurar cuidados contínuos à comunidade; integralidade – envolve ações promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras, promovidas de forma integrada; adstrição – responsabilidade e vinculação com território de abrangência determinado; Corresponsabilidade – ocorre mútua responsabilização entre profissionais e população; humanização; heterogeneidade – singularidade de processos em cada área e

unidade; realidade – deve pressupor e basear-se na realidade de cada local, não tendo outra referência para atuação fora do espaço de construção particular¹⁹.

A concepção de promoção da saúde tem sido incluída como arcabouço teórico importante para a construção da ESF. Baseia-se na necessidade de enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado, ultrapassando a ideia de nível de prevenção primária, definido por Leavell e Clark, em 1987. Assim, a partir da abertura para a reflexão sobre o conceito de saúde e a problematização das diferenças e semelhanças entre as estratégias de prevenção e promoção, tem sido estimulado o aprofundamento de conceitos, como o de risco, vulnerabilidade e suas implicações para as práticas de saúde²⁴.

Autores, por sua vez, que ao discutirem as bases teóricas e o núcleo estrutural da ESF, consideram que se situa patamar das ações desenvolvidas pela Medicina Comunitária e pelas ações desenvolvidas a partir das prescrições da Conferência de Alma-Ata. Portanto, referem que o formato da assistência proposto opera a partir do arsenal de conhecimentos disponíveis no campo da epidemiologia e da vigilância à saúde. Por meio da “desconfiança” da prática clínica, enquanto campo de conhecimentos e práticas específico, o Programa trabalha com a ideia de que é necessário “contaminar” a clínica pela epidemiologia, em que a primeira passa a ter função subsidiária¹⁰. Tal argumento corrobora a percepção de que a Vigilância à Saúde centraliza-se na epidemiologia, na sociologia e no planejamento, defendendo precedência sobre a clínica na conformação do campo das necessidades de saúde²¹.

A ESF tem sido apresentada por diversos atores governamentais e acadêmicos como reorientadora da assistência à saúde em todos os níveis do sistema, ou seja, balizadora das ações de saúde nos princípios de vigilância à saúde e da promoção da saúde. Entretanto, outros pesquisadores consideram que no Brasil, com a implantação da ESF, tem-se percebido processo de reestruturação produtiva, ou seja, mudanças efetivas na forma de assistir as pessoas por meio de novidades introduzidas nos sistemas produtivos. Portanto, estes autores analisam que a Estratégia tem conseguido atuar como nova forma de se organizar a produção da saúde, sem alterar seu núcleo tecnológico. Em muitos municípios, em que a ESF foi implantada, observou-se alteração nos processos de trabalho, sem, contudo, haver inversão das tecnologias de trabalho, que continuavam operando a partir de razão instrumental, estruturados pelo ato prescritivo, que induzia ao alto consumo de procedimentos centrados em profissionais e não nas necessidades de saúde de usuários¹⁰.

Por fim, a despeito de estudos no campo da epidemiologia e saúde coletiva demonstrando que a atenção primária e a ESF podem resolver aproximadamente 85% dos problemas de saúde das populações e que suas ações são eficazes na diminuição da mortalidade infantil e materna, no aumento do número de ações públicas de saúde em geral, como acesso a consultas médicas, realização de exames, diminuição das internações hospitalares, entre outros, seu arcabouço teórico não tem tido aceitação entre alguns pesquisadores brasileiros da área.

O Governo Federal e a Estratégia Saúde da Família

Também possui influência na idealização e construção da ESF o Governo Federal do Brasil, pois vem depositando nas políticas públicas, principalmente a partir de 1988, dedicação às ações de atenção primária à saúde.

Após a queda do Regime Militar, iniciou ajuste estrutural no país, e as concepções sobre a reforma do Estado, implantadas desde o início da década de 1990, apresentaram como alvo a redução de gastos públicos. Tais estratégias de reforma estiveram inseridas em um movimento em direção a um suposto “setor público não estatal” (terceiro setor) que se responsabilizaria pela execução dos serviços que não envolvessem o exercício do “poder de Estado”, mas que deveriam ser subsidiados por este, como os serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica³⁻⁴.

Na história do governo brasileiro, as políticas de saúde estiveram intimamente ligadas à seletividade e focalização que caracterizaram a atenção primária no cenário da decadência econômica da década de 1980. Neste período, a emergência da consolidação dos governos neoliberais em países desenvolvidos, dos quais derivavam parte das agências que apoiavam projetos de ajuda ao desenvolvimento de países pobres, colaborou para a disseminação de programas seletivos de atenção primária³.

Nesse contexto, as intervenções de organismo multilaterais, tendo em vista o modelo neoliberal, no Brasil, passam a ter influência nas ações do Governo Federal. O desenvolvimento dos SILOS por meio de incentivo financeiro da OPAS/OMS no país evoluiu para a criação pelo Ministério da Saúde (MS) do PACS, em 1991, a partir de experiências embrionárias de realização de

visitas domiciliares às famílias, principalmente no norte e nordeste brasileiros, com destaque para o Ceará. Esta tem sido considerada experiência que mais influenciou a estruturação da ESF e até hoje continua influenciando sua identidade, embora outras experiências de ampliação de cobertura da atenção básica por parte do MS tenham sido consideradas em sua formulação²⁵.

No MS, no mesmo ano de criação do PACS, fora desenvolvida a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão encarregado da gestão das ações de saneamento (obras, instalações e iniciativas de educação em saúde) em municípios de até 50 mil habitantes (o que corresponde a aproximadamente 90% do total de municípios brasileiros). A FUNASA foi a junção entre a extinta Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e a Superintendência de Combate à Malária, teve diversas ações de educação sanitária em contato direto com as comunidades²⁶.

Ao se analisar as iniciativas do governo federal para as políticas públicas de saúde, é preciso, portanto, contextualizar a criação da Fundação SESP, de modo que sua influência na ESF possa ser compreendida. Consolidada no contexto da Segunda Guerra Mundial como agência bilateral provisória, produto de acordo entre Brasil e Estados Unidos, a SESP estava destinada a realizar ações que garantissem a manutenção da saúde das tropas americanas (principalmente nas bases aéreas da região Nordeste) e dos trabalhadores brasileiros envolvidos na produção de borracha, ferro, mica e quartzo. Assim, as ações de saúde pública no período estiveram associadas a interesses político-econômicos, tendo como figuras expressivas na implementação o

guarda sanitário e a visitadora sanitária, os quais influenciaram de forma significativa às práticas educativas perpetuadas no campo da saúde pública²⁶.

Tanto o guarda sanitário quanto a visitadora eram arregimentados da própria comunidade, a exemplo do que ocorre com o agente comunitário de saúde, utilizando critérios de seleção, escolaridade e determinados atributos de personalidade e hábitos de higiene. A função de visitadoras sanitárias foi inserida no âmbito da SESP: “sob o argumento inicial da falta de educação sanitária, da necessidade de manutenção dos equipamentos e da carência de enfermeiras. O argumento que sustentava a necessidade destes profissionais era calcado em uma avaliação de carência e não em sua positividade - embora presente, permanecia residual^{26:967}.

A partir dessa constatação, a lógica das práticas de saúde pública vigentes no período que precedeu imediatamente a implantação da ESF era configurada pela experiência do PACS e da FUNASA que, por sua vez, sofreram influência do modelo sanitarista-campanhista ou sanitarista burocrático, que se desenvolveu no seio do modelo político clientelista e populista¹. Após sua implantação oficial, em 1994, pelo Ministério da Saúde, a ESF foi alocada sob responsabilidade da FUNASA, sendo criada no Departamento de Operações, a Coordenação de Saúde da Comunidade, agregando, ainda, a gerência do PACS e o Programa de Interiorização do SUS²⁷.

Cerca de dez anos depois, a ESF foi implantada no apogeu do neoliberalismo brasileiro, seguindo determinações do Relatório Sobre o Desenvolvimento Humano do Banco Mundial em 1993 (Investindo em Saúde),

que sugeriu que o PSF, no Brasil, deveria ser implantado como estratégia compensatória dos baixos índices dos indicadores de saúde registrados no país, estabelecendo-se primeiramente atendimento às famílias excluídas. Dessa forma, o PSF atende às necessidades de ajuste financeiro e focalização das políticas sociais pautadas pelos organismos internacionais⁸.

No que se refere aos investimentos do Governo Federal, estudo realizado em 2007 mostrou que o Orçamento da Seguridade Social desde o início dos anos 2000 não representou moldura institucional capaz de garantir padrão de financiamento estável à Saúde, nem de apropriar o dinamismo das contribuições sociais em termos de arrecadação. Porém, a mudança de patamar de gastos, que se associava à receita corrente bruta, permitia o reforço das relações intergovernamentais que expressavam complementaridade entre os entes federativos do SUS²⁸.

No entanto, apesar dos repasses fundo a fundo do governo federal para os municípios, a concentração de receitas gerou cenário favorável para a atuação do Ministério da Saúde como definidor das políticas em nível local. Considerando a realidade brasileira, em que parte dos municípios tinha população inferior ou igual a 20 mil habitantes, a pequena arrecadação dos impostos municipais poderia tornar inviável a descentralização das ações da saúde. Portanto, o município permanecia “refém” dos repasses federais, o que contribuiu para consolidar uma identidade do MS, caracterizada pela capacidade indutora do modelo de atenção hegemônico no Brasil.

Dessa forma, os municípios passaram

a assumir os gastos com a saúde de forma crescente. Entretanto, a partilha de receitas e de encargos do governo em saúde não foi estabelecida a partir de critérios internos à lógica do SUS e às necessidades dos serviços públicos de saúde. Em vista disto, em 1996, a Norma Operacional Básica (NOB/1996), editada pelo MS para operacionalizar o sistema de saúde, aduziu como inovação a criação do Piso da Atenção Básica (PAB), estabelecendo bloco de financiamento específico para a atenção básica²⁸⁻²⁹.

A criação do PAB foi responsável pela inversão do sistema de financiamento na atenção básica, pois, a partir deste, foram utilizados critérios populacionais, suprimindo o pagamento por produção de procedimentos e serviços³⁰. Entretanto, a efetiva implantação do PAB ocorreu a partir de 1998, quando sofreu inclusive redução do repasse de recursos, pois o valor de R\$ 12,00 per capita por ano originalmente proposto para o PAB foi reduzido para um mínimo de R\$ 10,00 e um máximo de R\$ 18,00, sendo o valor exato calculado pela série histórica da produção de procedimentos de atenção básica do município. A maioria deles, entretanto, teve valores ajustados para o mínimo. É importante destacar que a implantação do PAB ocorreu em um contexto de gastos decrescentes do governo federal com saúde, com despesas orçamentárias para o setor, tendo sido reduzidas em 21% entre 1995 e 1998³¹⁻³².

Em 2000, o MS editou a Portaria SAS/MS nº 09, de 13 de janeiro, que definiu o conjunto de procedimentos que compunha a Atenção Básica, sem fixação de valor, contrariando a Lei 8.080, em art. 26 que estabeleceu que os critérios e valores para a remuneração

de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial seriam estabelecidos pela direção nacional do SUS e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde³³⁻³⁴.

Essa portaria gerou reação do Conselho Nacional de Saúde, evidenciada na Tribuna Livre da Conferência Nacional de Saúde *online*, que afirmava que a mesma representava estratégia neoliberal do governo de Fernando Henrique Cardoso para reduzir os gastos com saúde, criando cesta básica de serviços direcionados para populações pobres, que iriam forçar usuários com maior poder aquisitivo a buscar pela assistência em planos e seguros de saúde, induzindo a privatização da saúde¹⁷.

Nesse contexto de desfinanciamento, o MS editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), em 2002, que instituiu para a ESF sete áreas estratégicas mínimas para a atuação da atenção básica, como condição para habilitação dos municípios na modalidade Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus, a saúde da criança, da mulher e bucal²⁹.

As normas operacionais do MS foram determinantes da configuração assumida pelo SUS. Apesar da municipalização, o SUS vivenciou processo de descentralização tutelada: as responsabilidades pela execução foram transferidas para os municípios, mas a normatização e o repasse de recursos permaneciam atrelados às “caixinhas de financiamento” prescritos de forma centralizada pelo governo federal. Assim, a construção da identidade da atenção básica e de seu escopo de atuação foi influenciada pelas

normas operacionais que, por sua vez, eram reflexo de políticas de ajuste fiscal no contexto do neoliberalismo³⁵.

Em 2006, o Ministério da Saúde editou a primeira versão, que seria atualizada em 2007, da Política Nacional de Atenção Básica, com intuito de consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS. O documento apresentou as principais diretrizes e normas para a organização da atenção básica à saúde, destinada para unidades de saúde da ESF ou de outros modelos de atenção primária. Portanto, o Ministério tem atuado, por meio da publicação de normas e diretrizes, como principal definidor dos processos de gestão e organização do trabalho da ESF. Ao estabelecer princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura, recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições de profissionais e regras de financiamento, o MS busca controlar o processo de desenvolvimento com base na adequação aos pressupostos publicados em documentos³⁶.

Recentemente, em meio ao contínuo desfinanciamento do setor saúde, ao focalizar como proposta de governo a melhoria do acesso e da qualidade, o governo federal que tomou posse em 2010, ao avaliar os resultados obtidos pela ESF, tem buscado, com medidas de caráter emergencial, aumentar a qualidade e incrementar o financiamento da atenção básica à saúde no país. Para tanto, em julho de 2011, o MS publicou portaria que instituiu o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica à Saúde.

Por meio de contrato de metas, em caráter inicialmente não obrigatório, elaboraram-se estratégias focalizadas nos resultados mensuráveis alcançados, atrelando-se recursos financeiros como incentivo aos municípios com melhores escores. Portanto, mesmo em processo inicial de implantação, a estratégia parece ser inovadora no que diz respeito aos modelos verticais de gestão do financiamento da atenção primária no país nos últimos anos.

Nesse contexto, além de manter os programas básicos existentes na ESF, como saúde materno-infantil, combate à tuberculose e hanseníase, o MS vem incentivando a ampliação do atendimento à demanda espontânea, defendendo a urgente necessidade de garantir o acolhimento aos usuários. Por isso, a nova proposta cria fases avaliativas, que incluem programas tradicionais, atendimento à demanda espontânea e ações de promoção da saúde, que institui novo patamar de investimento, chamado de Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável, maior para os municípios com equipes melhor avaliadas. Portanto, evidencia-se que a proposta de melhorar o atendimento à demanda espontânea editada pelo MS, como melhoria do acesso, embora tenha sido editada como não obrigatória, em meio aos poucos recursos dos municípios, é provável que produza, como em toda a construção histórica da ESF, mudanças dos processos de trabalho em vistas de adequar-se ao modelo proposto, favorecendo mais uma vez a centralidade da gestão no governo federal.

Os resultados e limites da Estratégia

Saúde da Família

As modelagens que a ESF vem apresentando são obviamente distintas nas diferentes regiões do país, dependendo de como foram construídas suas bases teórico-práticas e os investimentos loco-regionais. Pelo crescimento em todo o território nacional, a ESF tem merecido atenção de estudiosos no âmbito da Saúde Coletiva brasileira, visto a produção de diversas pesquisas sobre a mesma. No âmbito das pesquisas avaliativas, os estudos têm apontado problemas na composição das equipes, na realização de ações como visitas domiciliares, realizadas principalmente pelos ACS, havendo pouco envolvimento dos profissionais do nível superior, e que a ESF teria se expandido em um vazio programático para a questão assistencial do SUS, se argumentado não haver conflito na focalização no universalismo²⁵. Avalia-se, ainda, que para maior benefício da população e melhor desempenho desta estratégia, faz-se necessário maior estímulo financeiro, técnico e político³⁷. Além disso, julga-se também que a coordenação e a ação comunitária propostas pela ESF não são dimensões valorizadas no âmbito da ESF, não fazendo parte do aprendizado que a comunidade vem construindo nas relações com os serviços³.

Outras críticas são ainda discutidas a respeito da ESF: trata-se de programa vertical, imposto pelo Ministério da Saúde, totalmente normatizado no nível central, e bancado por incentivos financeiros, obrigando, na prática, a sua adoção por parte dos governos municipais; programa que desconsidera totalmente a heterogeneidade entre os municípios na oferta de serviços de saúde, o que limita o atendimento dado pela ESF a uma simples “porta de entrada”, sem resolutividade e sem “porta de saída”,

pois, o estrangulamento dos encaminhamentos feitos pelas equipes para os níveis secundário e terciário de atenção é conhecido por todos; desconsidera, ainda, o também heterogêneo e complexo quadro epidemiológico brasileiro que demanda serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, sobretudo nas grandes cidades: os “pobres” hoje estão morrendo de trauma, acidentes e violências, cânceres, doenças cardiovasculares; problemas cuja resolução vai muito além da capacidade de atendimento da ESF; os agentes comunitários de saúde, sem qualificação profissional, possuem remuneração praticamente simbólica, com contratos de trabalho precários, sob o falso argumento de que estariam mais “próximos” da comunidade; as prefeituras brasileiras não têm condições homogêneas de contratação das equipes de saúde da família, esse processo é executado na maioria das vezes sem concurso público e condições de trabalho estáveis⁵.

As áreas estratégicas propostas pela NOAS demonstram estreita seletividade das ações de saúde, as quais têm composto a espinha dorsal da ESF atualmente, a despeito da transição epidemiológica vivenciada no Brasil, que apresenta como principais causas de morbidade e mortalidade problemas epidemiológicos mais complexos do que aqueles estabelecidos na mesma, como as doenças cardiovasculares, cânceres, acidentes e violências. Portanto, apesar da emergência de problemas epidemiológicos complexos e de natureza crônica, os sistemas de saúde permanecem organizados em torno das condições agudas e da agudização das condições crônicas³⁸.

A (re) construção da identidade da ESF tem sido apresentada de modo que se possa garantir sua efetiva participação na reorientação do

modelo de atenção à saúde, em consonância com as necessidades de saúde individuais e coletivas. Mesmo estando associada a melhorias nos indicadores de saúde, não se pode afirmar que a ESF impactou na efetiva reestruturação do modelo assistencial ou na transição tecnológica do modelo médico hegemônico para a centralidade na singularidade das necessidades de saúde dos sujeitos, já que a manutenção da lógica de assistência centrada na consulta médica e, portanto, nas tecnologias duras e leve-duras, portanto, procedimento-centradas, implica na incipiente efetivação dos princípios inerentes à integralidade da atenção à saúde^{10,39-40}.

Apesar de ter sido proposta para superar a tradição medicalizante da sociedade e dos serviços de saúde, pautando a concepção de promoção à saúde, essa “reforma cultural” não ocorreu. Em parte, isso se deve ao fato de que a ESF, inicialmente, orientou as equipes a lidar centralmente com os programas de saúde, com protocolos diagnósticos e terapêuticos definidos, sem propor estratégias para lidar com a demanda espontânea conduzida aos serviços de atenção básica que não se enquadram nos protocolos e para os quais profissionais não foram formados para abordar. Além disso, apesar de reivindicada como o “nó central” das redes de atenção à saúde, a ESF permanece sem comunicar-se fluidamente com outros elementos da rede, como a atenção secundária e terciária ou outras redes de outras áreas do governo^{38,41}.

Há caráter prescritivo bastante exacerbado na ESF, pois são definidos *a priori* os locais de atendimento, as unidades básicas para pacientes vulneráveis e as visitas domiciliares para outros atendimentos a grupos nas

comunidades, por exemplo. Dessa forma, existe lista das atividades que devem ser realizadas pela equipe, portanto, na ESF há confusão entre ferramenta de trabalho e resultado em saúde. Este modelo não difere do tradicional modelo médico-centrado, no qual o número de consultas e exames é equivalente a soluções para os problemas de saúde¹⁰.

Mesmo ainda não tendo alcançado o intento de reorientar o modelo de atenção, a expansão acelerada da ESF em território nacional, a partir da indução do MS, torna-se necessário discutir a qualificação e a resolubilidade das equipes de saúde. Desta forma, o modo indutor como vem sendo produzida a ESF pelo Ministério da Saúde, por meio de normatizações e “fiscalizações” que condicionam o financiamento, influencia a construção de identidade marcada pela submissão e reprodução de práticas genéricas no âmbito municipal, dificultando a construção de cultura de planejamento e avaliação descentralizados, fazendo com que as equipes de saúde da família pelo Brasil, desenvolvam com dificuldade a capacidade de analisar e reagir às necessidades locais³⁹.

A focalização no campo das políticas de saúde surge acompanhada de crescente mercado na privatização da saúde e por investimento no cenário hospitalar, sustentado pela ideologia da saúde como produto de serviços de ações de “alta tecnologia”, no sentido das tecnologias duras⁴². Portanto, corrobora-se o que indica outro pesquisador: “o futuro de um programa, assim tão recente, será definido no jogo político entre os atores envolvidos na sua operacionalização”^{43:175}.

Neste cenário, portanto, mesmo com o crescimento do mercado de seguradoras de

saúde, tem sido elevada a responsabilização da atenção primária pela resolução dos problemas de saúde (é comum falar-se em 85% de resolubilidade), apesar do governo federal ter induzido baixo financiamento para esse cenário de atenção.

Por fim, vale frisar que há tensionamentos acerca da necessária criatividade para inversão do modelo de atenção à saúde, priorizando-se aspectos micro políticos do trabalho. A ESF deve modificar os processos de trabalho, fazendo-os operar com “tecnologias leves dependentes”, mesmo que para a produção do cuidado seja necessário uso de outras tecnologias, como a epidemiologia. Portanto, a ESF precisa reciclar-se para incorporar potência transformadora, ou melhor, assumindo configuração diferente¹⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As formulações teóricas, os processos políticos e a ação governamental não ocorrem em separado, fazem-se em constante fluxo de pactos e rupturas. Neste movimento, a ESF precisa ser posta para além do entendimento das determinações sociais do processo saúde-doença em termos coletivos, ou mesmo no âmbito familiar, ou seja, tendo-se como alicerce a reinvenção do paradigma da biomedicina somente a partir das ações da atenção primária à saúde. As análises sobre os sujeitos e as forças que formulam e operam os processos de trabalho devem ser vistos em todo o processo histórico e a ação política como parte constitutiva da construção/desconstrução da saúde no Brasil.

Fator importe diz respeito à necessidade de ampliação da resolutividade da atenção primária à saúde em frente ao complexo quadro

de necessidades de saúde implantado no Brasil, no qual se observam desde áreas extremamente desprovidas de infraestrutura a áreas com riqueza de países desenvolvidos. A ESF precisa ser encarada de fato como prioridade, levando à tona que, as forças que se opõem à idealização, estão imbricadas na sociedade brasileira e operam de diferentes maneiras, com medicalização da vida, do controle dos modos de viver, com o uso do discurso da vigilância dos corpos como pretexto para o consumo.

Tendo em vista a construção de um novo processo de produção da saúde, como formação de sujeitos em busca de autonomia, as estratégias de reorganização da atenção primária somente poderão de fato atingir a centralidade da mudança do modelo procedimento e médico-centrado, se articularem ações em todos os lugares em que ocorrem o trabalho em saúde. Profissionais, gestores, usuários e cidadãos brasileiros são capazes de produzir tensionamentos efetivos em termos de mudança no modelo de prestação dos serviços públicos de saúde para além do rompimento com a atenção à saúde, baseada na queixa-conduta, nas tecnologias duras, na desumanização e escassez ou insuficiência de vínculo, construindo, portanto, novos modelos de socialização a partir do direito à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Merhy EE. Modelo de atenção à saúde como contrato social: texto apresentado na 11ª Conferência Nacional de Saúde [Internet]. Brasília. 2000. Disponível em <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-11.pdf>>. Acessado em 12 de maio de 2011.

2. Luz, MT. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988. 152 p.
3. Ibañez, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciêns Saúde Colet.* 2006 jul-set;11(3):683-703.
4. Noronha, JC; Soares LS. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciêns Saúde Colet.* 2001 jan-jul;6(2):445-450.
5. Soares, LT. Saúde para todos em 2005. Laboratório de Políticas Públicas [Internet]. UERJ. 2005. Acessado em 13 de maio de 2009. Disponível em http://www.lpp-buenosaires.net/outrobrasil/exibir_analise.asp?Id_Sub_Analise=17&Id_Analise=3. Acessado em 12 de março de 2011.
6. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document: health and Welfare Canada. Ottawa. 1974.
7. WHO (World Health Organization) 1986. Ottawa Charter for Health Promotion – Health Promotion (HPR). Disponível em <http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>
8. Reis, CCL. A Supervisão no Programa de Saúde da Família: Limites e Possibilidades. [Dissertação]. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. 2001.
9. Merhy, EE. Alma Ata: qual é o jogo [Internet]. Campinas, 1986. Disponível em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-19.pdf>. Acessado em 10 de maio de 2011.
10. Franco TB; Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de m programa destinado à mudança no modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Rio de Janeiro: Hucitec. 4ª Ed. 2007. p. 55-124.
11. Tancredi, FB. Planejamento em Saúde, volume 2. Série Saúde & Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 1998. 72 p.
12. Stotz, EN; Araújo, JWG. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde e Soc.* 2004 mai-ago;13(2):5-19.
13. Mattos, RA. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. *Ciêns Saúde Colet.* 2001 jan-jul;6(2):377-389.
14. Paim, JS. Saúde, crises e reformas. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA. 1976. 250p.
15. Escorel, S. Reviravolta da Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 1999. 213 p.
16. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios. Brasília: Athalaia Gráfica e Editora. 2007. p 44-45.
17. Carvalho G. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Tribuna Livre: a saúde e as eleições [Internet]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/A%20SAUDE%20E%20AS%20ELEI%C3%87OES.htm>. Acessado em 22 de

nov. 2011.

18. Pimenta, AL. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. *Saude Soc.* 1993 jul;2(1): 25-40.

19. Mendes, EV. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2a Ed. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO. 1994. 310 p.

20. Andrade LOM, Barreto ICHC, Fonseca CD. A Estratégia Saúde da Família. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ et al. *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed; 2004 p.88-100.

21. Carvalho, SR. Saúde Coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança [Tese]. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. 2002.

22. Campos, GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Col.* 2000 jan-jul;5(2):219-50.

23. Andrade, LOM; Barreto, ICHC; Bezerra, RC. Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, organizador. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 783-836.

24. Teixeira, CF. A Mudança do modelo de atenção à saúde no SUS. Desatando nós, criando laços. *Saude Deb.* 2003 set.-dez; 27(65).

25. Viana, ALD; Dal Poz, MR. A Reforma

do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis Rev Saúde Col.* 1998 jul-dez;8(2):11-48.

26. Teixeira, CC. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. *Ciênc Saúde Col.* 2008 mai-jun;13(3):965-974.

27. Brasil, Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa. Brasília: MS/ Fundação Nacional de Saúde. 1994.

28. Dain, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciênc Saúde Col.* 2007 nov;12(supl):1851-1864.

29. Brasil. Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS - NOAS 01/02. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 fev. 2002. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acessado em 12 de dezembro de 2011.

30. Solla, JJSP, et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, 2007 out-dez;7(4):495-502.

31. Costa, VMF. A dinâmica institucional da reforma do estado: um balanço do período FHC. In: Abrucio, FL; Loureiro MR. *O Estado Numa Era de Reformas: Os Anos FHC - Parte 2*. Brasília: MP, SEGES. 2002. 09-56.

32. Levcovitz, E; Lima, LD; Machado, CV. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas

Operacionais Básicas. *Ciêns Saúde Col.* 2001 jul-dez;6(2):269-291.

33. Brasil. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>>. Acessado em: 12 de dezembro de 2011.

34. Brasil. Portaria nº 09 de 13 de janeiro de 2000. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 13 jan. 1990. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/10184-09.html>>. Acessado em 30 de novembro de 2011.

35. Marques, RM. Mendes. A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para as políticas de saúde e seu financiamento? *Cien Saúde Col.* 2003 jan-mar;8(2): 403-415;

36. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Editora MS. 2007.

37. Fachinni, LA. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cienc Saúde Col.* 2006 jul-set;11(3):669-681.

38. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saúde Col.* 2010 ago;15(5):2297-2305.

39. Silva, JM; Caldeira, AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pub.*

2010 jun;26(6):1187-1193.

40. Macinko, J. et al. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brasil. *Int J Health Plann Mgmt.* 2004. 19:303-317.

41. Tesser, CD; Neto, PP; Campos, GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Cien Saúde Col.* 2010 nov;15(Supl. 3):3615-3624.

42. Merhy, EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde In. Merhy, EE; Onocko, R. *Agir em Saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec. 1997. p.75-130.

43. Vasconcelos, EM. Educação popular e a atenção à Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 1999. 336 p.

44. Escorel, S; Teixeira, LAS. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento Populista. In: Giovanella, L. et al. (Ed.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Cebes. 2008. p.333-384.

Artigo apresentado em: 21/05/2012
Artigo aprovado em: 01/08/2013
Artigo publicado no sistema em: 13/09/2013