



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL**  
**MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL**

**ELISANDRÉA SGUARIO**

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**POTENCIALIDADES E LIMITES**

**BRASÍLIA**  
**2008**

**ELISANDRÉA SGUÁRIO**

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA  
POTENCIALIDADES E LIMITES**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – Unb - como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Política Social.**

**Orientadora: Profa. Dra. IVANETE SALETE BOSCHETTI**

**BRASÍLIA**

2008

**ELISANDRÉA SGUARIO**

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA  
POTENCIALIDADES E LIMITES**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – Unb - como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Política Social.**

**Aprovada em 27 de novembro de 2008.**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Dra. Ivanete Salete Boschetti**

**(Orientadora - UNB)**

---

**Profa. Dra. Marlene Teixeira Rodrigues**

**(Membro Titular – UNB)**

---

**Profa. Dra. Regina Célia Tamaso Miotto**

**(Membro Titular – UFSC)**

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho  
aos meus companheiros  
e amores da minha vida:  
“Paulo e Mirela”*

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>SIGLA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ABRASCO</b>	Associação Brasileira de pós Graduação em Saúde Coletiva
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AIS</b>	Ações Integradas de Saúde
<b>ADCT</b>	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>BM</b>	Banco Mundial
<b>BIRD</b>	Banco Interamericano para Reconstrução e Desenvolvimento
<b>CAE</b>	Comissão de Assuntos econômicos
<b>CAPs</b>	Caixa de Aposentadoria e Pensão
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
<b>CEPAL</b>	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
<b>CCJ</b>	Comissão de Constituição Justiça e Cidadania
<b>CGU</b>	Controladoria Geral da União
<b>CLT</b>	Consolidação das Leis do Trabalho
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CONASEMS</b>	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
<b>COFIN</b>	Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde
<b>CPMF</b>	Contribuição sobre Movimentação Financeira
<b>DAB</b>	Departamento de Atenção Básica (do Ministério da Saúde)
<b>DRU</b>	Desvinculação das Receitas da União
<b>DST</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>EC 29</b>	Emenda Constitucional 29
<b>ENSP</b>	Escola Nacional de Saúde Pública (da FIOCRUZ)
<b>ESF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>FAT</b>	Fundo de Amparo ao Trabalhador
<b>FEF</b>	Fundo de Estabilização Fiscal
<b>FHC</b>	Fernando Henrique Cardoso
<b>FSE</b>	Fundo Social de Emergência
<b>FUNASA</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>IAPAS</b>	Instituto de Administração Financeira da Previdência Social
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
<b>INPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>INSS</b>	Instituto Nacional de Seguridade Social
<b>IPEA</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
<b>LOA</b>	Lei Orçamentária Anual
<b>LOS</b>	Leis Orgânicas da Saúde
<b>MPAS</b>	Ministério da Previdência e Assistência social do Brasil
<b>MS</b>	Ministério da Saúde do Brasil

<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>NOAS</b>	Norma Operacional da Assistência à Saúde
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>OSS</b>	Orçamento da Seguridade Social
<b>PAB</b>	Piso da Atenção Básica
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PHC</b>	Primary Health Care
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PLC</b>	Projeto de Lei Complementar
<b>PLS</b>	Projeto de Lei do Senado
<b>PPA</b>	Plano Plurianual
<b>PSDB</b>	Partido da Social Democracia Brasileira
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>PROESF</b>	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
<b>SIA</b>	Sistema de Informação Ambulatorial
<b>SIOPS</b>	Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde
<b>SUDS</b>	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UnB</b>	Universidade de Brasília
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>WHO</b>	World Health Organization

## RESUMO

O Programa Saúde da Família – PSF – é considerado como uma estratégia prioritária pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS), de forma que a assistência prestada aos usuários seja realizada sob uma nova lógica, diferente da tradicionalmente praticada nos serviços de saúde que ainda não implantaram o PSF. O objetivo dessa dissertação foi analisar o PSF em torno da sua potencialidade para o enfrentamento das dificuldades em consolidação do SUS. Buscou-se compreender o PSF como um fenômeno contraditório, que assume a perspectiva de materialização do SUS, mas por outro lado, sua operacionalização impõe limites a essa materialização, na medida em que apresenta dificuldades para assegurar a concretização dos princípios do SUS. A intenção desta pesquisa foi superar as abordagens tecnicistas, tão comuns nas pesquisas avaliativas na área de saúde, que são de natureza mais operacional e se limitam a analisar os programas ou políticas sociais em função do seu objetivo, com foco na avaliação da efetividade, da eficiência e da eficácia. Buscou-se relacionar o PSF ao contexto da política de saúde como política de Seguridade Social no Brasil, situando-o como uma estratégia política de uma política social, analisando a sua trajetória de desenvolvimento e estrutura institucional, explicitando a sua dimensão, significado, abrangência e funções. A idéia apresentada aqui é a de considerar a política de saúde e a análise do PSF em sua totalidade, incorporando os principais aspectos que a constituem, revelando o caráter contraditório existente entre as determinações legais e a operacionalização, bem como a articulação tanto dos determinantes estruturais quanto das forças sociais e políticas que agem na sua formulação e execução.

Palavras-chave: Política Social, Seguridade Social, SUS, Atenção Básica em Saúde, Programa Saúde da Família.

## ABSTRACT

The Brazilian Family Health Program (Programa de Saúde da Família – PSF) is considered by the Ministry of Health as a primordial strategy for organizing Primary Healthcare within the Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS), so that the assistance offered to users is made under a new logic, different from the traditional practice in the health services which not implemented the PSF yet. The objective of this dissertation was to analyze the PSF's potentiality to fight difficulties of SUS's consolidation. We attempted to understand the PSF as a contradictory phenomenon, which takes the perspective of materialization of SUS, but, on the other hand, its operationalization imposes limits to this materialization, because it shows difficulties to assure the concretization of the SUS principles. This research intended to go beyond the technicist approaches, very common among evaluative researches in the health field, which are in nature more operational and are limited to an analysis of social programs or policies because of their objective, focusing on evaluating effectiveness, efficiency or efficacy. We sought a relation between the PSF and the health policy context as a Social Security policy in Brazil, putting the program as a political strategy of a social policy, analyzing its development and institutional structure trajectory, showing its dimension, meaning, coverage and functions. The presented idea considers health policy and PSF analysis as a whole, incorporating the main aspects that constitute the program, revealing the contradictory character that exists between legal determinations and operationalization, as well as articulation both of structural determinants and social and political forces that act in its formulation and execution.

Key-words: Social Policy, Social Security, SUS, Primary Attention in Health, Family Health Program.

## SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	v
RESUMO .....	vii
ABSTRACT .....	viii
INTRODUÇÃO .....	1
1. Explicitando o Objeto e a Metodologia da Pesquisa.....	4
CAPÍTULO I - CARACTERÍSTICAS E CONDIÇÕES DA POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL .....	10
1.1 Políticas Sociais, Estado e Sociedade – Recorte teórico .....	10
1.2 Contexto Histórico das Políticas Sociais no Brasil.....	14
CAPÍTULO II - POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SEGURIDADE SOCIAL .....	20
2.1 Seguridade Social no bojo da Constituinte .....	20
2.2 Orçamento e Característica da Seguridade Social.....	21
2.3 Saúde na Seguridade Social .....	24
CAPÍTULO III - VINTE ANOS DE TRAJETÓRIA DO SUS .....	28
3.1 Processo Histórico de Construção do SUS .....	28
3.2 Orçamento do SUS e os gastos em Saúde no Brasil .....	30
3.3 SUS e a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29.....	34
3.4 Dilemas e Desafios atuais do SUS .....	36
CAPÍTULO IV - ATENÇÃO BÁSICA: CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE NO SUS.....	41
4.1 Histórico e Conceituação de Atenção Primária em Saúde .....	41
4.2 Atenção Primária em Saúde no SUS.....	46
CAPÍTULO V - MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE .....	51
5.1 Modelos de Atenção: Discussão conceitual .....	51
5.2 Modelos de Atenção no SUS e na Atenção Básica.....	53
CAPÍTULO VI - ORÇAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA NO SUS.....	57
6.1 Histórico e Evolução do Orçamento da Atenção Básica no SUS .....	57
6.2 Indução Financeira e Equidade no financiamento da Atenção Básica .....	62

6.3 Financiamento Tripartite na Atenção Básica .....	66
CAPÍTULO VII - CONTEXTO POLÍTICO-INSTITUCIONAL DE SURGIMENTO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	71
7.1 Dimensão Política e Institucional .....	71
7.2 Proposta inicial e formato atual do Programa Saúde da Família .....	73
7.3 Polêmicas em torno do Programa Saúde da Família .....	75
7.4 Estratégia de Expansão do Programa Saúde da Família .....	79
CAPÍTULO VIII - PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA – LIMITES E POTENCIALIDADES .....	82
8.1 Potencialidades do Programa Saúde da Família .....	82
8.2 Integralidade, Equidade e o Programa Saúde da Família .....	85
8.3 Limites do Programa Saúde da Família .....	87
CONCLUSÃO - PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA DE CONSOLIDAÇÃO DO SUS: CONTRADIÇÕES .....	91
BIBLIOGRAFIA .....	95

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa traz uma análise do Programa Saúde da Família – PSF - estratégia política considerada pelo Ministério da Saúde como uma das prioridades para o enfrentamento das dificuldades em consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS. A expectativa é de que o PSF possa organizar os serviços de saúde da Atenção Básica, tornando-os mais adequados às necessidades da população e buscando materializar os princípios e diretrizes constitucionais do SUS.

A Atenção Básica se caracteriza como um dos níveis de complexidade tecnológica, de acordo com o modelo de organização adotado pelo SUS. Complementam o sistema, além da Atenção Básica, os níveis de média e alta complexidade, nos quais são realizados procedimentos e atendimentos especializados, exames complementares e procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo.

Nos serviços de Atenção Básica devem ser executadas ações como consultas, orientações, solicitações de exames, visitas e assistência domiciliar, ações coletivas, por equipes multiprofissionais, as quais deverão ser responsabilizadas pela população que vive em um determinado território do município. Já os serviços de média e alta complexidade podem ser prestados em outros municípios da mesma região, a partir da pactuação dos recursos entre os gestores municipais.

Os municípios devem assegurar a cobertura universal da população aos serviços de Atenção Básica, dentro do próprio município. Apesar de o município ser o executor dos serviços de Atenção Básica, o Ministério da Saúde é o gestor federal, responsável pela elaboração das normas que regulamentam os serviços e pelo co-financiamento, que em tese deveria ter também a participação dos estados.

A estratégia política principal proposta pelo Ministério da Saúde<sup>1</sup> para operacionalizar a Atenção Básica no SUS é o Programa Saúde da Família, que vem com a incumbência de organizar a assistência aos usuários sob uma nova lógica, diferente da tradicionalmente praticada nos serviços de saúde que ainda não

---

<sup>1</sup> Declarado na Política Nacional de Atenção Básica publicada por meio da Portaria GM/MS nº648 de 28 de março de 2006.

implantaram o PSF. Nesses serviços, que atuam na forma tradicional<sup>2</sup> de prestar assistência, foram identificados muitos problemas que justificam a necessidade de mudança, como, por exemplo, as barreiras no acesso da população aos serviços, a baixa resolutividade e o comprometimento da qualidade dos serviços ofertados. Espera-se que com o PSF essa lógica possa ser revertida, transformando os serviços de Atenção Básica em serviços de qualidade, resolutivos, com acesso universal, constituindo vínculos entre usuários e equipe de saúde, gerando impacto positivo na saúde da população usuária dos serviços do SUS.

Mundialmente já se discute o fortalecimento da Atenção Primária – ou Atenção Básica como se denomina no Brasil - desde 1978. Durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde<sup>3</sup> promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) foi definido o conceito de Atenção Primária e os países se comprometeram com a meta “*Saúde para todos no ano 2000*”, utilizando como principal estratégia para atingir tal meta o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) dentro dos sistemas de saúde dos países. O Brasil não esteve presente na Conferência de Alma-Ata, mas no ano seguinte ratificou e subscreveu a meta - Saúde para todos no ano 2000 - pactuada na Conferência pelos 134 países presentes (ALEIXO, 2002). Segundo o autor, o primeiro aceno concreto, embora tímido, em direção à estruturação da Atenção Primária no Brasil foram as Ações Integradas de Saúde (AIS) e mais tarde o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Já na existência SUS, podemos apontar como uma dessas experiências o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991, com o objetivo de contribuir para o enfrentamento dos graves índices de morbimortalidade materna e infantil na Região Nordeste do país.

Essas experiências de Atenção Primária que vigoraram no país antes e depois do SUS, em especial, o Programa Agentes Comunitários de Saúde implantado, serviram como inspiração para a criação do PSF em 1994. Desde a sua criação, o Ministério da Saúde vem investindo em regulamentações específicas, disponibilizando recursos para o custeio do programa, além de estratégias que visam não só a expansão, mas também a qualificação, impulsionado pelas pesquisas

---

2 Os serviços que ainda não implantaram o PSF são denominados no Ministério da Saúde como serviços de Atenção Básica Tradicional.

3 Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde realizada na cidade de Alma-Ata – Cazaquistão - promovida pela OMS, com a participação de 134 países, que deu origem a Declaração de Alma-Ata.

científicas que comprovam bons resultados em saúde e pela crença de que esse é o caminho para consolidar o SUS.

Se o SUS estivesse implementado em sua integralidade, com os serviços funcionando na lógica de seus princípios e diretrizes e com a garantia de financiamento suficiente assegurado, não seria necessário buscar estratégias como o PSF. Porém, mesmo após 20 anos de sua existência formal (desde 1988), não foi possível materializar o que rege a Constituição Federal e as Leis Orgânicas da Saúde<sup>4</sup>, sendo necessário buscar constantemente alternativas que visam sanar, ou minimizar, os resultados desfavoráveis.

O intuito dessa pesquisa foi apontar caminhos para a resposta as pergunta: O PSF é uma estratégia com potencial para a materialização do SUS? A forma como ele está implantado hoje nos municípios, a normatização vigente e o financiamento atual são suficientes para assegurar que ele cumpra com o seu objetivo e realmente contribua para a organização do sistema?

Um dos avanços inegáveis do PSF é o impacto que ele vem proporcionando na condição saúde da população coberta, podendo ser evidenciado por meio da influência direta na redução na mortalidade infantil e em outros indicadores de saúde. Mas ainda apresenta fragilidades; por exemplo, a não cobertura total da população, não se caracterizando como uma política universal e que ainda não garante serviços de saúde como um direito. A pesquisa aponta como uma das causas dessa fragilidade o fato de a sua regulamentação ainda não o conceber como uma estratégia política compulsória, e atribuir ao gestor municipal o poder de decisão sobre sua implantação (ou não) no município, o que o torna vulnerável às mudanças políticas nos governos.

Outros desafios à consolidação do PSF também foram apontados, como a formação inadequada dos profissionais de saúde para trabalhar no SUS, a centralidade no saber médico, a incipiente participação popular, o financiamento insuficiente para os gastos em saúde, a supervalorização de procedimentos de alto custo, a atenção centrada na doença como um processo somente biológico e não socialmente determinado, entre outros.

---

4 Leis Orgânicas da Saúde: Lei 8.090/90 - Regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Lei 8.142/90 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

O PSF vem com uma incumbência ousada, que é de mudar o foco da atenção aos usuários nos serviços de atenção básica, de forma que essa mudança possa refletir e trazer conseqüências positivas a todo o sistema de saúde. Porém, quando se faz uma análise com olhar mais crítico e numa perspectiva de totalidade é possível identificar, com um pouco mais de clareza, os limites conjunturais e estruturais que se colocam como obstáculos para que ele atinja os seus objetivos.

### **1. Explicitando o Objeto e a Metodologia da Pesquisa**

O PSF nesta pesquisa é considerado como fenômeno contraditório, que assume a perspectiva de materialização do SUS, mas, por outro lado, sua operacionalização impõe limites a essa materialização, na medida em que apresenta dificuldades para assegurar a concretização dos princípios do SUS. A pesquisa pretendeu apresentar esses limites e também destacar as potencialidades e os avanços desencadeados por essa estratégia política, permitindo até mesmo considerá-la como um dos avanços mais significativos nos 20 anos de existência do SUS.

Buscou-se situar esta pesquisa no marco da Política Social, que tem como principal prerrogativa a concretização dos direitos sociais. Foram utilizadas categorias e indicadores que contribuem para a identificação do quadro institucional que deve configurar uma Política Social. A identificação do quadro institucional do PSF serviu para buscar um caminho que possibilitasse compreender o seu sentido e revelar os elementos que o constituem, os aspectos principais e os objetivos implícitos e explícitos que o cercam.

A política de saúde e a análise do PSF são consideradas em sua totalidade, incorporando os principais aspectos que os constituem, revelando o caráter contraditório existente entre as determinações legais e a operacionalização, bem como a articulação tanto dos determinantes estruturais quanto das forças sociais e políticas que agem na sua formulação e execução.

A análise do PSF foi realizada com base nas discussões conceituais de Política Social e Seguridade Social e nos aspectos conceituais e orçamentários do SUS, da Atenção Básica, dos modelos de atenção em saúde, buscando compreender a dimensão política e institucional de todo o processo de nascimento,

implantação e desenvolvimento do PSF. A análise da normatização e do contexto político nos períodos de formulação das normas do PSF foram fontes fundamentais para identificar se os limites dessa estratégia política têm origem na sua concepção ou se apresenta as mesmas dificuldades que o SUS enfrenta por ser uma política pública de cunho socializante, em um contexto político de liberalismo econômico.

O papel e ação do Estado e da sociedade, bem como a contraditória relação entre Estado e sociedade no capitalismo, também foram considerados nessa análise e foram imprescindíveis para a compreensão do papel do Estado e da Sociedade na formulação, execução, avaliação de políticas públicas e a arena de disputas que se situam em torno dessa relação.

A intenção desta pesquisa foi superar as abordagens tecnicistas, tão comuns nas pesquisas avaliativas na área de saúde, que são de natureza mais operacional e se limitam a analisar os programas ou políticas sociais em função do seu objetivo, com foco na avaliação da efetividade, da eficiência e da eficácia. Para Boschetti (2006), essas abordagens explicam as políticas sociais como sucessão de ações, de forma seqüencial, que possuem início, meio e fim, propondo um quadro de análise simples, que atribui ordem a um processo complexo, geralmente desprovido de criticidade acerca do papel do Estado e das políticas sociais no enfrentamento das desigualdades.

Na perspectiva de superar a aplicação restrita de técnicas racionais e neutras e incorporar a análise da ação pública, tendo como parâmetros avaliativos o papel e funções do Estado e da sociedade na condução das políticas sociais, optou-se por adotar a abordagem teórico-metodológica crítico-dialética, com base no método da crítica da economia política proposto por Karl Marx.

Para Sweezy (1983), o método de Marx, de forma simplificada, é um método de aproximações sucessivas do objeto de análise, que passa do mais abstrato para o mais concreto, afastando suposições simplificadoras na investigação, de modo que a teoria possa levar em conta e explicar um número de fenômenos reais cada vez maiores. Em seguida deve-se distinguir o que é essencial do não-essencial, formulando hipóteses do que é essencial e confrontando as conclusões com os dados proporcionados pela experiência. O autor considera importante frisar que, apesar do método ser da economia política, Marx não procurava reduzir tudo a termos econômicos, mas sim descobrir as verdadeiras inter-relações entre fatores

econômicos e não econômicos na totalidade da existência social, tendo chegado à conclusão de que a chave das transformações sociais está no modo de produção.

Assim, para o método de Marx, a realidade não é um aglomerado de coisas, ou um processo puramente mecânico, e sim, um processo histórico, produto da atividade humana, um processo de transformação inerente a um determinado conjunto de relações. A aceitação da abordagem histórica leva a outro aspecto da mesma coisa, a abordagem crítica de qualquer forma da sociedade (SWEEZY, 1983).

A investigação sob o enfoque do método crítico-dialético consiste em situar e analisar os fenômenos sociais em seu complexo e contraditório processo de produção, determinado por múltiplas causas na perspectiva da totalidade. Totalidade é uma das categorias centrais no método marxista que significa que cada fenômeno pode ser compreendido como um momento do todo.

As conseqüências da perspectiva crítica-dialética, segundo Boschetti (2006), para a relação sujeito-objeto são: o sujeito da pesquisa é ativo, indaga o objeto, procurando ao máximo extrair o seu movimento real; existe uma relação sujeito-objeto, situada historicamente e não há nenhuma perspectiva de neutralidade. A investigação orientada pelo enfoque marxista não se deixa enganar por aspectos e fatos superficiais, procurando chegar à essência do fenômeno.

Desse modo, a análise das políticas sociais não pode considerá-la como fato isolado, ao contrário, devem ser situadas como expressão contraditória da realidade e compreendidas em sua múltipla causalidade. Para desvendar o significado real das políticas sociais, que se esconde sob a aparência, deve-se utilizar o método dialético materialista, considerando além das múltiplas causalidades, as relações entre as diversas manifestações e dimensões (BOSCHETTI, 2006).

Para analisar o Programa Saúde da Família sob esse enfoque, buscando fugir dos métodos que se concentram no estudo das expressões imediatas dos fatos, de forma a-histórica, pretendeu-se, do ponto de vista histórico, relacionar o PSF ao contexto da política de saúde como política de Seguridade Social no Brasil, situá-lo como uma estratégia política de uma política social, analisando sua trajetória de desenvolvimento e a sua estrutura institucional, explicitando a sua dimensão, o seu significado, a abrangência e as funções que envolvem o programa. Do ponto de vista econômico, a análise situou o PSF no contexto da política econômica vivida pelo país

no período do estudo - 1994 a 2007- descortinando o significado do financiamento da saúde, o orçamento para a Atenção Básica e para o PSF dentro do orçamento do SUS. Do ponto de vista político, considerou o papel do Estado na provisão de bens e serviços, a relação com a sociedade expressa em grupos e forças sociais organizados, como a influência do setor privado e seus valores liberais no desenvolvimento do PSF, bem como o grau de comprometimento das gestões federais, estaduais e municipais com o PSF.

Foi adotada como técnica a pesquisa documental para a obtenção de dados, de todas as normas nacionais que regulamentam o PSF – como leis, portarias, decretos – e outras que regulamentam o próprio SUS que se mostraram necessárias no decorrer da pesquisa, bem como pesquisa bibliográfica às fontes que trataram dos temas abordados no referencial deste trabalho, como política social, seguridade social, saúde, SUS, Atenção Básica, PSF, dentro do contexto histórico, político e econômico, com a sistematização de materiais publicados em livros, revistas, jornais, teses, monografias, dissertações, periódicos, artigos. O período utilizado nesta análise foi entre os anos de 1994, quando o PSF foi oficialmente criado, até 2007, à exceção dos dados de cobertura populacional do Programa Saúde da Família, em que foi utilizado o dado mais recente até a publicação desta pesquisa – agosto de 2008.

Estava previsto no projeto de dissertação a realização de pesquisa de campo, selecionando municípios a partir do critério de cobertura populacional do PSF. Não foi possível executá-la, tendo em vista a dificuldade em contatar os gestores municipais que estavam envolvidos com as eleições municipais de 2008. Apesar do prejuízo da não realização da pesquisa de campo, as pesquisas documentais e bibliográficas cumpriram com o objetivo proposto de analisar e identificar em que medida o PSF é um programa com potencial de materializar os princípios e diretrizes constitucionais do SUS.

Esta pesquisa está distribuída em oito capítulos, os quais buscaram trazer subsídios para aprofundar o conhecimento e analisar o Programa Saúde da Família, acerca dos seus objetivos implícitos e explícitos, de modo a compreender se as suas dificuldades de implementação se devem a meros limites institucionais, ou a movimentos de forças sociais que são contrárias a sua consolidação, bem como, sua real potencialidade como estratégia de materialização do SUS.

O primeiro capítulo apresenta uma análise das políticas sociais contemporâneas no Brasil, considerando o SUS como uma política social que, de certa forma, contribuiu para a evolução da proteção social no país. Trata da natureza complexa e contraditória da relação entre Estado e Sociedade, das demandas desencadeadas para o Estado em torno da chamada questão social, dando ênfase à evolução e às características das políticas sociais brasileiras desenvolvidas a partir da Constituição Federal de 1988. O segundo capítulo resgata o histórico da Seguridade Social, que impôs um novo padrão da Política Social no Brasil, destacando o orçamento da Seguridade Social e a trajetória da Política de Saúde no contexto da Seguridade Social.

O terceiro capítulo traz uma abordagem histórica dos vinte anos de trajetória do SUS, apresentando os desafios que ainda apresenta para se consolidar e os avanços ao longo desses anos, configurando o seu panorama atual. Foram utilizados dados que demonstram a situação dos gastos em saúde no país, com o intuito de ilustrar a situação do financiamento do SUS nos últimos anos. No quarto capítulo é abordada a Atenção Primária em Saúde, trazendo os conceitos e interpretações mais utilizadas, bem como o destaque que vem adquirindo nas propostas de reforma dos sistemas de saúde. Apresenta as estratégias de fortalecimento da Atenção Básica no SUS e considera a Atenção Básica como um conjunto de ações e serviços de saúde complexos, desenvolvidos com base no território e nas necessidades em saúde da população.

No quinto capítulo são apresentados os modelos de atenção mais recentes propostos pelo Ministério da Saúde para a Atenção Básica e a luta para substituir o modelo ainda predominante no Brasil, que é o modelo médico-assistencial privatista e hospitalo-cêntrico. O sexto capítulo trata do financiamento da Atenção Básica no SUS, apresentando a evolução do orçamento da Atenção Básica e a comparação com os recursos destinados às ações de média e alta complexidade no SUS, a polêmica em torno da indução financeira do Ministério da Saúde para os municípios implantarem as estratégias nacionais e a contribuição dos critérios de equidade no financiamento e a composição tripartite do orçamento da Atenção Básica.

O sétimo capítulo inicia a abordagem do objeto desta pesquisa, que é o Programa Saúde da Família, trazendo o processo histórico de surgimento do programa de acordo com as dimensões político-institucional. O oitavo capítulo

apresenta os limites e as potencialidades do PSF, caracterizando os limites como de caráter econômico, político, de gestão e o modelo de atenção, que se colocam como obstáculos, tanto institucional como estrutural, na consolidação do PSF e os avanços que se caracterizam como potencialidade para a materialização do SUS.

Finalmente, a conclusão tenta responder a questão central desta pesquisa – Será que o PSF é uma estratégia com potencial para materialização dos princípios do SUS? Apresentando as contradições do Programa Saúde da Família como estratégia de consolidação do SUS.

## **CAPÍTULO I**

### **CARACTERÍSTICAS E CONDIÇÕES DA POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL**

#### **1.1 Políticas Sociais, Estado e Sociedade – Recorte teórico**

As políticas públicas devem estar comprometidas em concretizar os direitos sociais, materializando o papel do Estado na provisão do bem-estar. É necessário incluir o SUS no contexto da política social, que se caracteriza por ser uma política de todos e não só de uma instituição, de um governo ou de parcela da população.

Pereira (2005) define política pública como uma ação pública que envolve Estado e Sociedade e deve atender aos interesses de todos, já que a sua marca definidora é o fato de ser pública, de todos, e não apenas estatal ou de grupos particulares da sociedade. Tem-se como principal função da política pública a concretização dos direitos sociais conquistados pela sociedade, satisfazer as necessidades sociais e não os interesses econômico-privados, guiando-se pelo princípio do interesse comum e da soberania popular.

Quando se trata de buscar a origem e os modelos de explicação causal das políticas sociais, Coimbra (1987), após estudo de algumas abordagens teóricas que tratam sobre o tema, considera que apenas duas possuem algo que se assemelha a uma explicação causal da existência das políticas sociais, que são: o marxismo<sup>5</sup> e o pluralismo<sup>6</sup>.

Além dessas duas abordagens, existe uma diversidade de modelos conceituais para o estudo das políticas sociais. Segundo Boschetti (2006), os modelos, tipos, formas, técnicas e procedimentos avaliativos das políticas sociais devem ser inseridos e compreendidos a partir das teorias e abordagens que explicitam a histórica e contraditória relação entre Estado e sociedade civil no capitalismo.

As concepções de Estado, Sociedade e Política Social são fundamentais no estudo e na compreensão do desenvolvimento de políticas sociais em determinados

---

5 Marxismo – Nesta abordagem o Estado é resultado de uma relação dialética com a sociedade (MULLER; SUREL, 1998).

6 Pluralismo – Abordagem que se organiza em torno das idéias de que o Estado é o resultado de processos sociais irreduzíveis (idem).

contextos. São elas que irão caracterizar o padrão de desenvolvimento das ações e programas de intervenção que fazem parte de uma política social.

O Estado é o fenômeno político dominante do século XX, constituído em torno de um aparelho burocrático, assumindo uma gama de funções sociais e encarregado de missões cada vez mais complexas de regulação social. O Estado transformou-se muito, desde as análises de Marx, que o considerava como o '*braço armado da burguesia*'. Hoje ele passa a ser percebido por meio de sua ação, positiva ou negativa. Dessa forma, estudar a ação pública significa compreender a lógica das diferentes formas de intervenção sobre a sociedade, identificar a relação entre os atores públicos e privados e compreender as dinâmicas da ação pública na relação Estado e Sociedade (MULLER; SUREL, 1998).

Para Pereira (2005)<sup>7</sup>, não é possível falar de Estado sem relacioná-lo à Sociedade, pois, historicamente, uma instância depende da outra e ambas se influenciam mutuamente.

Adotamos nesta pesquisa o posicionamento teórico de que a relação entre Estado e Sociedade é de natureza complexa e contraditória. O Estado, diferente da perspectiva marxista em que tem natureza de classe e não garante o bem comum, aqui é considerado como um instrumento legal criado para mediar e atender aos interesses de todos os grupos sociais que formam a sociedade, sem desconsiderar os conflitos e a arena de disputas em seu interior. Já a sociedade é constituída por esses diversos grupos sociais, formando uma totalidade heterogênea e contraditória.

De forma mais didática Pereira (2005)<sup>8</sup>, ressalta a presença de três elementos que constituem o Estado: a) um conjunto de instituições e prerrogativas, incluindo o poder coercitivo que o Estado possui; b) um espaço geograficamente delimitado – território – em que o poder estatal é exercido; e c) um conjunto de regras e condutas. A autora afirma que devido à complexidade do conceito de Estado, torna-se necessário evitar tratá-lo com estereótipos ideológicos, ou vê-lo sem vinculações com a realidade e com a história e nem de forma absoluta – assumindo uma única forma sempre.

---

7 PEREIRA, Potyara A. P. – Características do Estado versus Sociedade e sua Relações Específicas. Texto apresentado na Disciplina Teorias da Política Social e da Cidadania do Mestrado em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. Brasília, 2005.

8 PEREIRA, Potyara A. P. – Características do Estado versus Sociedade e sua Relações Específicas. Texto apresentado na Disciplina Teorias da Política Social e da Cidadania do Mestrado em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. Brasília, 2005.

Estado e Sociedade civil se constituem reciprocamente em uma totalidade aberta e em movimento. São constituídos e constituintes na trama das relações que caracterizam as partes e o todo. Ao mesmo tempo, criam-se e recriam-se disparidades e antagonismos entre ambos. O fato de o Estado parecer mais visível, configurado, gera a ilusão de que ele constitui a sociedade, e em essência, o Estado é um desdobramento da sociedade. A Sociedade Civil abrange todo o intercâmbio material dos indivíduos, toda a vida comercial e industrial de uma dada fase, nesse sentido, ultrapassa o Estado e a nação (IANNI, 1986).

No conceito adotado de sociedade, está intrínseca a relação entre sociedade e Estado, pois, não é possível analisar essa relação considerando a sociedade como um somatório de indivíduos dissociados da natureza, mas sim constituído por grupos sociais que constituem classes sociais, e lutam para exercer a sua hegemonia<sup>9</sup>.

O processo de industrialização provocou mudanças nas relações de produção, desencadeando novas demandas e tornando mais evidente as demandas sociais. O Estado se viu obrigado a trazer respostas a essas demandas e, segundo Pereira (2007), até por uma questão de sobrevivência, teve que renunciar a sua posição eqüidistante de árbitro social para se tornar francamente interventor. Nesse papel, o Estado passou não só a regular com mais veemência a economia e a sociedade, como empreender ações sociais, prover benefícios e serviços e exercer atividades empresariais.

As mudanças na sociedade moderna advindas da industrialização e do modo de produção capitalista que se fixava trouxeram novas demandas para o Estado, desencadeando a chamada questão social. A partir dos referenciais adotados nesta pesquisa para questão social (PEREIRA, 2005; 2007; HOFLING, 2001; BOSCHETTI, 2006), a segunda metade do século XIX é considerada como período em que eclodiu a questão social, desencadeada pelas condições desumanas de vida e trabalho do proletariado, que acabou impondo-se como um fato perturbador da ordem e das instituições liberais-burguesas. Nesse processo, destaca-se a tomada de consciência e reação da classe proletariada contra essas precárias condições, na contribuição para suscitar a questão social.

---

9 A palavra hegemonia vem de um verbo grego que significa dirigir, guiar, conduzir. Gramsci usa esse termo não só no sentido tradicional que salienta principalmente a dominação, mas no sentido originário da etimologia grega – 'direção', 'guia' (GRUPPI, 1980, p.78).

O período considerado decisivo para o surgimento da questão social, para Netto (2001), foram as Revoluções de 1848<sup>10</sup>, quando a perspectiva efetiva de uma reversão da ordem burguesa foi que se designou como questão social, apesar de admitir que a expressão questão social não é semanticamente unívoca e que surgem em torno dela contribuições diferenciadas e atribuições de sentido diversas.

As Políticas Sociais podem ser ferramentas importantes para o enfrentamento das expressões da questão social, buscando interferir positivamente nas condições de pobreza e desigualdades produzidas pelo capitalismo. Dessa forma, admite-se estabelecer parcialmente o bem-estar, por meio de ações coletivas que impelem ao Estado a desenvolvimento do seu papel de regulação e distribuição das riquezas, sem, no entanto, superar a raiz do problema, que é o modo de produção capitalista.

As políticas sociais devem, portanto, materializar as ações estatais visando atender as necessidades sociais e proporcionar a redistribuição da riqueza em forma de serviços ou benefícios. Admite-se que a Política Social impõe limites ao desenvolvimento do capitalismo e até certo ponto impacta na redução das desigualdades sociais, mas, por outro lado, pode representar um instrumento de legitimação do Estado perante a classe trabalhadora e de acumulação do capital, por meio da conflituosa relação entre capital e trabalho, caracterizando-se conceitualmente como um fenômeno contraditório.

Apesar de ser difícil precisar a data exata em que surgiram as políticas sociais, Boschetti (2006) indica que elas foram gestadas por meio da confluência dos movimentos da classe trabalhadora, da Revolução Industrial e da intervenção estatal, e em Pereira (2005) encontramos que as políticas sociais datam do final do século XIX e se expandiram e se consolidaram após a II Guerra Mundial. As iniciativas que surgiram nas sociedades pré-capitalistas podem ser apontadas como medidas para manter a ordem social e conter a 'vagabundagem' e não com o intuito de garantir o bem comum.

---

<sup>10</sup> Revoluções de 1848 – Revoluções que eclodiram em vários países da Europa Continental, como desencadeadoras da consciência de classe dos trabalhadores (PEREIRA, 2005).

## 1.2 Contexto Histórico das Políticas Sociais no Brasil

No Brasil, as políticas sociais tiveram um curso diferente de outros países, principalmente dos países do capitalismo central, já que temos aqui uma conformação particular do capitalismo, embora mantidas as características essenciais, e também por não termos sido um país berço da revolução industrial.

A questão social no Brasil só se manifestou como questão política a partir da primeira década do século XX, com as primeiras lutas de trabalhadores e primeiras legislações trabalhistas. Segundo Boschetti (2006), a passagem para o século XX foi marcada pela formação dos primeiros sindicatos, promovendo mudanças na correlação de forças, tendo em 1911 uma redução legal na jornada de trabalho para 12 horas diárias. Em 1919 foi regulamentada a questão dos acidentes de trabalho, mas pela via do inquérito policial e com ênfase na responsabilidade individual. Mas foi em 1923, com a Lei Elói Chaves criando as Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPs – que se tem um marco inicial no surgimento da política social brasileira.

Para Gomes (1979), a legislação social no Brasil é fruto da inter-relação de forças de três atores principais: o Estado, os trabalhadores urbanos e a burguesia do comércio e da indústria. Para a autora, o processo histórico de formulação e implementação da legislação trabalhista e previdenciária, associado à ampliação dos direitos políticos e de cidadania, constitui uma das dimensões de um processo maior de transformação da ordem liberal burguesa, tornando-a questão fundamental tanto no terreno econômico quanto político.

Do processo histórico de surgimento da política social brasileira, desde as iniciativas no início do século XX até a década de 1980, podemos destacar a inserção da Seguridade Social na Constituição Federal de 1988 como um marco da política social no Brasil, possibilitando a consolidação de um novo padrão da Política Social no país. Esse novo padrão legal é caracterizado por Fleury (2004) pela universalidade na cobertura, reconhecimento dos direitos sociais, afirmação do dever do estado, subordinação das práticas privadas à regulação do Estado em função da relevância pública, uma perspectiva publicista de co-gestão governo/sociedade e um arranjo organizacional descentralizado.

Apesar da expectativa em torno da possibilidade de consolidação de um regime democrático iniciado no final da década de 1980, as características econômicas que o Brasil apresentava eram de baixo crescimento do PIB e queda significativa da renda *per capita*, com endividamento externo sem precedentes, desindustrialização progressiva, sucateamento e déficit tecnológico. A inflação tornou-se permanentemente sem controle, aumentaram as transferências financeiras público-privadas, via juros da dívida interna. A instabilidade da política econômica pode ser medida pelos planos econômicos sucessivos e de curta vigência durante a toda década. Além da marcante concentração da pobreza nos espaços urbanos e aumento da polarização entre os mais ricos e os mais pobres. Do ponto de vista político, revigorou-se o desenvolvimentismo por via estatal, seguido da redemocratização e incremento da participação política da sociedade, de forma progressiva, com importância cada vez maior de novos e destacados atores sociais, tais como, movimentos sindicais, corporativos, 'sem-terra' e partidos políticos. Verificou-se, simultaneamente, uma redução da governabilidade, com a perda de legitimidade do Estado autoritário, a construção penosa de uma “nova ordem política” e o surgimento acelerado de novas demandas (GOULART, 2002).

Assim, a década de 1980 foi considerada como uma década perdida do ponto de vista econômico, bem como, as iniciativas desenvolvidas na área social foram quase insignificantes no enfrentamento da questão social. Behring e Boschetti (2006) citam, por exemplo, o carro-chefe da Política Social no governo Sarney, o Programa do Leite – que foi mais voltado para instrumentalizar as associações populares do que promover o acesso a alimentação.

No final da década as esperanças foram retomadas, diante da nova configuração jurídica do Estado gerada com a Constituição Federal de 1988, apesar das condições econômicas, tanto nacionais como internacionais, continuarem desfavoráveis. Segundo Draibe (2003), a Constituição de 1988 consagrou os novos princípios de reestruturação do sistema de políticas sociais, de acordo com as orientações valorativas então hegemônicas: o direito social como fundamento da política; o comprometimento do Estado com o sistema, projetando um acentuado grau de provisão estatal pública e o papel complementar do setor privado; a concepção da seguridade social (e não de seguro) como forma mais abrangente de

proteção e, no plano organizacional, a descentralização e a participação social como diretrizes do reordenamento institucional do sistema.

Contudo, também foram inscritas no texto constitucional orientações que deram sustentação ao conservadorismo no campo da política social, a exemplo da contraditória convivência entre universalização e seletividade e o suporte legal ao setor privado (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Entre os avanços da Constituição de 1988 na determinação da responsabilidade estatal em função da necessidade de proteção social dos cidadãos, pode-se destacar: i) a instituição da Seguridade Social como sistema de proteção social, articulando e integrando as políticas de previdência, assistência social e saúde; ii) o reconhecimento da obrigação do Estado em prestar de forma universal, pública e gratuita, atendimento na área de saúde em todos os níveis de complexidade; para tanto, o texto constitucional prevê a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), sob gestão descentralizada e participativa; iii) o reconhecimento da assistência social como política pública, garantindo direito de acesso aos serviços às populações necessitadas, e direito a uma renda de solidariedade por parte de idosos e portadores de deficiência em situação de extrema pobreza; iv) o reconhecimento do direito à aposentadoria não integralmente contributiva (ou seja, parcialmente ancorada em uma transferência de solidariedade) dos trabalhadores rurais em regime de economia familiar; e v) o reconhecimento do seguro-desemprego como direito social do trabalhador a uma provisão temporária de renda em situação de perda circunstancial de emprego (JACCOUD, 2005).

A década de 1990 foi marcada pela dificuldade em implementar os princípios descritos na Constituição, não alterando o padrão do Estado para enfrentar a questão social no país. A estabilização econômica a qualquer custo era a principal alavanca para a promessa de um crescimento econômico, tornando as políticas sociais cada vez mais reféns das diretrizes macroeconômicas.

### **Políticas Sociais no Governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC)**

A partir da instituição do Plano Real, em 1994, houve uma reformatação do Estado brasileiro para a adaptação passiva à lógica do capital. A argumentação seria a de que o problema estaria localizado no Estado, necessitando então reformá-lo para novas requisições, corrigindo distorções e reduzindo custos, inserindo o país na

ordem internacional, deixando-o a mercê dos especuladores do mercado financeiro e escoando todo o esforço de redução de custos para o crescimento das dívidas interna e externa (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Para Cohn (1999), quando se analisa o conjunto das iniciativas governamentais na área social a partir de 1994 durante o governo de FHC, evidencia-se a ausência de inovação e timidez no modo de se enfrentar a questão social no Brasil. Destaca que essa gestão econômica governamental produziu um quadro de recessão econômica que rebateu sobre a questão social de modo dramático. A autora afirma ser perceptível a contradição entre a política de ajuste e de estabilização econômica adotada pelo governo FHC e a possibilidade de se promover políticas sociais com impacto efetivo sobre o desenvolvimento social no país.

O documento da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (Cepal) intitulado '*Reformas institucionales y coordinación gubernamental en La política de protección social de Brasil*' (2003)<sup>11</sup> constatou avanços nas políticas sociais no final da década de 90 e início de 2000, a exemplo das políticas de educação, com destaque para a educação básica, a extensão do programa Bolsa-Escola e na política de saúde os programas federais de HIV/Aids, farmácia básica, Saúde da Família e o programa de imunização. Porém, destaca desafios a serem superados, seja no campo de melhoria dos indicadores sociais, em matéria de cobertura, eficácia e qualidade dos serviços, em especial na saúde, educação e segurança pública, seja nos mecanismos de articulação e coordenação das políticas, incluindo a reforma do sistema de proteção social, principalmente no que se refere ao seu papel redistributivo.

Draibe (2003) refere-se às políticas sociais no governo de FHC como reformas parciais, que teriam ocorrido no ensino fundamental, na previdência social e na saúde, e reformas iniciadas na educação infantil, no ensino médio, nos programas de inserção produtiva (microcrédito) e nos programas de combate à pobreza. A autora registra um aumento da participação social, seja pela institucionalização dos conselhos nacionais, seja pela vinculação de conselhos locais à operação de programas, especialmente os descentralizados, com o objetivo de estimular o envolvimento e o controle social dos beneficiários e da comunidade.

---

<sup>11</sup> Reformas institucionais e coordenação governamental na Política de Proteção Social no Brasil (CEPAL, 2003).

## **Políticas Sociais no Governo Lula**

A edição de '*Políticas Sociais - Acompanhamento e Análise*' (2004), produzida pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), traz uma análise dos avanços e impasses que marcaram o primeiro ano do governo Lula, dando destaque à ortodoxia na condução da política econômica, com ênfase no controle da inflação e na contenção dos gastos públicos, associados à manutenção da taxa básica de juros em patamares elevados. Nos anos seguintes do mesmo governo houve certo afrouxamento em relação a esses mandamentos, sobretudo no que se refere à redução dos juros. Na área social foram evidenciadas restrições decorrentes de cortes e contingenciamentos no orçamento e a dificuldades para se estabelecer a necessária concertação de ações entre os diversos ministérios afins.

Para Druck e Filgueiras (2006), há uma linha de continuidade entre o segundo mandato do governo FHC e o governo Lula, com a manutenção do mesmo modelo econômico, da mesma política macroeconômica e da mesma política social. Para os autores, a política social foi se transformando em sinônimo de política social focalizada, voltada para os mais pobres e miseráveis. Uma das formas de evidenciar essa focalização é na análise dos gastos sociais, nos quais as áreas que possuem uma maior capacidade de impacto estrutural no combate às desigualdades e à pobreza como saúde, educação, habitação e saneamento, perderam participação relativa no orçamento social.

As políticas sociais são formas de intervenção do Estado, mediadas pelas formas de organização, poder de pressão e articulação de diferentes grupos sociais. Assumem diferentes contornos de acordo com a concepção e formato do Estado em determinada sociedade. Em um Estado de inspiração liberal, as políticas sociais, geralmente, assumem a característica de políticas compensatórias, com programas focalizados.

Apesar do avanço na formulação legal e implementação de políticas sociais no Brasil após a Constituição de 1988, com algumas iniciativas voltadas à expansão de benefícios não contributivos, as políticas sociais com vocação universal são ameaçadas por recursos insuficientes, segmentação de clientela e seletividade. O sistema de proteção social conta hoje com duas políticas universais, cujo acesso é teoricamente garantido a toda a população, independente de condicionalidades de qualquer natureza: a saúde e a educação básica e fundamental.

A política social brasileira, desenvolvida a partir da Constituição de 1988, realiza de maneira restrita, mas condizente, algumas dotações para o desenvolvimento com justiça. Mas a política econômica percorre caminho inverso. A resultante desse jogo não é favorável à tese do desenvolvimento com justiça social. Contudo, há inegáveis avanços na política social brasileira que se adéquam às hipóteses teóricas do desenvolvimento com justiça (DELGADO; THEODORO, 2005).

Em síntese, o panorama atual das políticas e programas que compõem hoje o conjunto da ação social do Estado brasileiro, com base nos autores indicados neste capítulo, apresenta um sistema de proteção social amplo, dotado de instituições, recursos humanos, fontes de financiamento, mas ainda heterogêneo, incompleto e muitas vezes ineficaz. Além disso, apresenta dificuldades que não são desprezíveis, sendo que a primeira delas refere-se à diversidade da ação social do Estado, tanto no que diz respeito à forma como à natureza das políticas sociais. A segunda remete ao fato de que o sistema de proteção social desenhado pela Constituição, que prevê um sistema integrado e articulado de políticas públicas, ainda está em processo de consolidação. Por último, à sua implementação, que passou a sofrer desde cedo a concorrência com as políticas econômicas e com propostas de intervenção social baseadas em princípios diferentes da justiça social e constituição da cidadania.

Embora inovações políticas e organizacionais importantes e voltadas ao alcance de maiores impactos redistributivos, consolidação de arranjos participativos e expansão de direitos sociais tenham sido implementadas, recursos insuficientes, segmentação de clientela e seletividade ameaçam o desenvolvimento de políticas sociais no Brasil.

## **CAPÍTULO II**

### **POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SEGURIDADE SOCIAL**

#### **2.1 Seguridade Social no bojo da Constituinte**

A seguridade social é um arranjo institucional das sociedades que busca garantir segurança e proteção social aos cidadãos, materializando direitos a todos e àqueles que não possam se sustentar com base na venda de sua força de trabalho por condições adversas.

Seguridade Social é um conceito para exprimir a superação da idéia de seguro social. Significa que a sociedade se solidariza com o indivíduo que pode estar sujeito a não conseguir prover seu próprio sustento e cair na miséria. O problema deixa de ser meramente individual e passa a constituir uma responsabilidade social, pública (VIANNA, 2007).

No modelo de Seguridade Social busca-se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos. Os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades, com fundamentos nos princípios da justiça social, o que obriga a estender universalmente a cobertura e integrar as estruturas governamentais (CORDEIRO, 2001).

A Constituição Federal de 1988 introduziu a concepção de proteção social ao integrar três políticas sociais - a saúde, a assistência social e a previdência - sob um único tema: Seguridade Social. Compreende sob a denominação de Seguridade Social o 'conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social' (BRASIL, 1988, C.F. Art.194). Dessa forma, a Constituição brasileira de 1988 reuniu, de forma inédita, ações distributivas como a saúde e a assistência social, com a já adotada desde 1923, prática contributiva previdenciária.

O Brasil então criou um amplo e complexo sistema de Seguridade Social. Um conjunto de programas e ações previstos na Constituição, voltados para a proteção da família, da maternidade, da infância, da adolescência e da velhice, que visa garantir um patamar mínimo de renda a todos os cidadãos necessitados,

independentemente de contribuição à Seguridade Social. Uma política de saúde compreendendo todas as ações curativas e preventivas, e a previdência social, organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados os critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial.

Para Pereira (2002) o que se destaca no sistema de Seguridade Social brasileiro são os princípios da incondicionalidade e da universalidade, não só como elementos inovadores, mas como desafios para a concepção liberal de cidadania. Para a autora, esses princípios privilegiam os direitos sociais e vinculam-se à justiça social, impondo limites à focalização e à comercialização das políticas públicas.

## **2.2 Orçamento e Característica da Seguridade Social**

Para o financiamento desse leque de ações do Estado sob a denominação de Seguridade Social foi definido o Orçamento da Seguridade Social (OSS). O artigo 195 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) estabeleceu que a Seguridade Social seria financiada por toda a sociedade, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, e das seguintes contribuições sociais: a) dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro; b) dos trabalhadores; e c) sobre a receita de concursos e prognósticos. Para tanto, foram criadas contribuições sociais, cujas receitas estão vinculadas ao financiamento da Seguridade Social. Para o subsistema previdenciário foram criadas contribuições específicas, incidentes diretamente sobre a remuneração ou a renda dos trabalhadores e sobre a folha de pagamentos, neste caso incidente sobre o empregador.

O orçamento da Seguridade Social não foi efetivamente implantado e o que se observou foi a separação das três políticas que fazem parte do conceito de Seguridade Social. As áreas de assistência social, previdência e saúde foram regulamentadas por leis distintas e institucionalizadas em ministérios diferentes, bem como tiveram suas receitas estipuladas separadamente. Podemos interpretar essa integração das três políticas como apenas conceitual.

O Ministério da Seguridade Social não se concretizou. A passagem do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para o Ministério da

Saúde, proposta majoritária na 8ª Conferência Nacional de Saúde, somente veio a ocorrer em maio de 1990.

Segundo Pereira (2002), não houve um processo coerente de definições e processamentos das políticas de Seguridade Social. O que se apresenta é um quadro marcado por desencontros, cisões e disputas entre as políticas.

No contexto político nacional o que foi vivenciado e marcou o final da década de 1980, foi a realização da primeira eleição presidencial, depois de quase trinta anos sem eleições. O então Presidente da República eleito<sup>12</sup> em 1989 inaugurou o Plano Collor, que acabou por aprofundar a recessão econômica, corroborada pela extinção de postos de trabalho, altas taxas de inflação, com medidas inspiradas no modelo econômico neoliberal tais como: a abertura da economia brasileira ao mercado externo, o início do Programa Nacional de Desestatização, cujo marco inicial foi a venda de empresas siderúrgicas e a modernização de nosso parque industrial. Já no panorama internacional eram evidenciadas as crescentes competitividades econômicas e o abalo da hegemonia estadunidense, trazendo repercussões no cenário brasileiro e trazendo conseqüências negativas à seguridade social (VIANNA, 2007).

A Seguridade Social no Brasil na década de 90 assistiu a criação do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) mediante a fusão do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) e do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o reconduziu ao âmbito do Ministério do Trabalho e da Previdência Social. Essa mudança, segundo Vianna (2007), representou um retrocesso na construção de um sistema de proteção social.

Para Boschetti (2007), há um desmonte da seguridade social, diretamente ligado à macroeconomia, pois os seus recursos desempenham papel relevante na sustentação da política econômica e social. Desde 1994 vem ocorrendo a apropriação indevida dos recursos do OSS por meio da Desvinculação das Receitas da União (DRU<sup>13</sup>) que são retidos pelo Orçamento Fiscal da União e canalizados para a esfera financeira da economia.

---

12 Presidente eleito em 1989 Fernando Collor de Mello (PRN / PSC) .

13 Criada em 1993 como parte do Plano Real e em vigor desde 1994, a DRU – Desvinculação das Receitas da União - é usada para driblar as principais imposições constitucionais de gastos. Fonte: [www.planejamento.gov.br/orcamento](http://www.planejamento.gov.br/orcamento).

As fontes de financiamento da Seguridade Social garantem arrecadação bastante expressiva, que seriam suficientes para garantir a cobertura das despesas da saúde, previdência, trabalho e assistência social, produzindo ainda superávits significativos, tanto em relação à despesa executada por órgão (ministérios) quanto por função (BRASIL, 2007)<sup>14</sup>. Contudo, a aprovação de emendas constitucionais, desde 1994, permite ao governo desvincular parte das receitas da Seguridade Social para livre disposição pela área econômica. O descumprimento do OSS começou a ser institucionalizado com a criação do Fundo Social de Emergência (FSE) em 1994. Esse mecanismo se renova em 1997, sob a denominação de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e em 2000 se torna Desvinculação das Receitas da União (DRU). Apesar das variantes expressões, na essência, trata-se do mesmo: mecanismos que possibilitam o desvio de recursos do seu destino original constitucionalmente determinado. O Executivo propôs e o Congresso foi institucionalizando a desvinculação de receitas que legalmente estão atreladas ao financiamento da saúde, previdência e assistência social, comprometendo o custeio dessas áreas em nome da geração de superávits primários.

No documento intitulado - Brasil: o estado de uma nação (IPEA, 2006)<sup>15</sup>, são apresentadas duas correntes de pensamento acerca do financiamento da Seguridade Social no Brasil. Uma delas entende que há problemas graves e estruturais que justificam a realização de reformas. A outra posição entende que, apesar do crescimento de gastos, esses aumentaram em ritmo inferior ao crescimento do total de receitas do chamado OSS, baseados em contribuições que tiveram excelente desempenho nos últimos anos. A arrecadação em 1988 foi suficiente para pagar as despesas com benefícios, gestão e ainda financiou o atendimento médico-hospitalar prestado pelo governo federal. Essa folga de recursos foi se exaurindo com o tempo e, desde 1995, o crescimento dos gastos com benefícios consumiu toda a arrecadação e as operações do INSS passaram a ser deficitárias.

Para Vianna (2007), a Seguridade Social se encontra 'atirada ao chão'. A autora aponta alguns mitos, plantados pela retórica neoliberal, que contribuem para a tentativa de desmonte de um projeto coletivo de proteção social. De forma resumida

---

14 Seguridade Social e o Financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil – Documento produzido pelo Núcleo Nacional de Economia da Saúde da Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

15 Publicação do IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasil: o estado de uma nação Mercado de trabalho, emprego e informalidade. - Edição 2006 de Brasil: o estado de uma nação (2006)

esses mitos são: a) o tecnicista - em que a seguridade social, como objeto de análise, é capturada por uma abordagem que enfatiza relações numéricas, eficácia, eficiência, entre outras, substituindo as noções de integração social, solidariedade, bem-estar; b) o naturalista – em que trata de atribuir à seguridade a condição de doente terminal, cujo ciclo de vida estaria se encerrando; e c) o maniqueísta – em que a solução para os problemas da seguridade seria excluir, por critérios de eficiência e eficácia, o sistema financeiro vigente da previdência<sup>16</sup> e substituir o caráter público pelo privado.

As razões para o não seguimento integrado das políticas que conformam a Seguridade Social são apontadas por Pereira (2002) como a dificuldade em aplicar as disposições constitucionais, necessitando sempre de regulamentações por leis ordinárias, trazendo conflitos de interesse e fatores de desagregação do sistema.

Vale mencionar que as ações e políticas da Seguridade Social beneficiam uma parcela significativa da população brasileira. Pela previdência social, em 2005, foram atendidas cerca de 24 milhões de pessoas. Na saúde, somente na Atenção Básica, a cobertura pelos programas Saúde na Família e Agente Comunitário de Saúde foi de mais de 100 milhões de pessoas, correspondendo a pouco mais da metade da população brasileira. O Bolsa Família beneficiou cerca de 11 milhões de famílias em 2006, enquanto os Benefícios de Prestação Continuada atenderam, no mesmo período, 2,4 milhões de pessoas.

### **2.3 Saúde na Seguridade Social**

O reconhecimento da saúde como um direito social e de responsabilidade do Estado, proporcionado por meio de ações e serviços gratuitos, com acesso universal e pela integralidade da atenção à saúde, foi materializado em um sistema único, organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas, que atua em todo território nacional, com direção única em cada esfera de governo. Esse sistema é o SUS, o sistema de saúde público brasileiro, previsto na Constituição Federal de 1988, que se insere no contexto das políticas públicas de Seguridade Social, que abrangem, além da saúde, a previdência e a assistência social.

---

<sup>16</sup> Sistema financeiro da Previdência Social é o regime de repartição simples, que consiste, de forma resumida, os segurados contribuem para um fundo único responsável pelo pagamento de todos os beneficiários.

O capítulo da Constituição Federal que trata a saúde prevê que é direito de todos e dever do Estado garantir, mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos, promovendo o acesso universal e igualitário às ações e serviços que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, C.F. Art.196).

Os princípios do SUS passaram a ser profundamente afetados com a onda neoliberal disseminada pelo mundo capitalista (CAMPOS, 2001). Podemos definir neoliberalismo nesta pesquisa como uma forma de dominação de classe adequada às relações econômicas, sociais e ideológicas, com um avanço generalizado das relações mercantis, sem intervenção do Estado e com vistas à acumulação e expansão do capital. Segundo Pereira (2002), dentre os alvos preferidos do ataque neoliberal está o SUS com a sua proposta inovadora de descentralização e universalização, promovendo duras restrições. A mais evidente das restrições tem sido a financeira, que vem reduzindo de forma sistemática o gasto *per capita* em saúde no Brasil. Abandonou-se a concepção de Seguridade Social, que preconizava orçamento único para seus componentes e diversas fontes de financiamento, ao restringir o financiamento da saúde apenas aos recursos fiscais.

Apesar de fazer parte do Sistema de Seguridade Social, a saúde não se realizou de forma integrada às demais políticas que compõem o sistema. Por contrariar interesses privados e conservadores, a concepção de saúde como direito de todos foi atingida por uma onda contra-reformista (PEREIRA, 2002), contra a lógica dominante de aberto privilegiamento aos interesses econômico-coorporativos e empresariais do setor.

O SUS representa o eixo distributivo da Seguridade Social, por prestar ações e serviços de saúde incondicionalmente, garantindo que todos têm direito de acessar esses serviços, sem necessitar do caráter contratual de seguro. O usuário não paga diretamente pelos serviços prestados, ele contribui por meio de impostos, que se constituem em um fundo nacional para a saúde, que financia os serviços utilizados pela população.

Quando o SUS foi criado ficou estabelecido que a responsabilidade do financiamento seria compartilhada pela União, estados, Distrito Federal e municípios. Na mesma ocasião foi criado o Orçamento da Seguridade Social destinado ao financiamento das áreas de Previdência Social, Saúde e Assistência Social. O

Orçamento da Seguridade Social é integrado, principalmente, pela arrecadação originária das Contribuições Sociais.

No ano de 1993, instala-se uma crise no financiamento com a interrupção do repasse dos recursos arrecadados diretamente pelo Ministério da Previdência Social, a Contribuição sobre a Folha de Salários e os demais participantes do orçamento da Seguridade Social. Com isso, as dificuldades de financiamento da previdência transferiram-se para o Ministério da Saúde. Como solução emergencial, foram contraídos empréstimos pelo Ministério da Saúde junto ao Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT) pagos em grande parte nos anos de 1997 e 1998. Foram criadas também, a título provisório, contribuições vinculadas à saúde e baseadas na movimentação financeira que correspondiam a CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (RIBEIRO, 2006).

As três políticas que integram a Seguridade Social, em especial a política de saúde tratada aqui neste item, caminham de forma não integrada buscando driblar e superar os desafios à não materialização da Seguridade Social. É importante dar ênfase ao SUS como uma política pública e como parte integrante da Seguridade Social, que tem como prerrogativa concretizar os direitos sociais conquistados pela sociedade, satisfazer as necessidades sociais e não os interesses econômico-privados, guiando-se pelo princípio do interesse comum e da soberania popular.

Ao SUS cabe a tarefa de promover e proteger a saúde, garantindo atenção qualificada e contínua aos indivíduos e às coletividades, baseada nos modelos de proteção, promoção e recuperação da saúde. Na Constituição Federal de 1988 foram propostas diretrizes (descentralização, atendimento integral e participação da comunidade) e nas Leis Orgânicas Federais (8.080 e 8.142) princípios que devem nortear todas as ações desenvolvidas nos municípios, estados e União no âmbito do SUS.

Dentre as diretrizes destaca-se a participação da comunidade que prevê a garantia da sociedade junto ao Estado na construção e elaboração de políticas, ações, intervenções na saúde pública e a integralidade que direciona a oferta de ações de saúde às necessidades saúde da população, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade. Nos princípios ressalta-se a universalidade de acesso aos serviços de

saúde, que significa que o SUS deve atender a todos, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer restrição, com vistas à igualdade na atenção à saúde. Ao mesmo tempo prevendo a equidade ao disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais necessitam.

Os princípios e diretrizes do SUS se constituem como um arcabouço legal importante para assegurar que é dever do Estado a provisão dos serviços de saúde por meio de políticas públicas comprometidas em concretizar os direitos sociais. Bem como é papel da sociedade participar na elaboração dessas políticas e na sua defesa para atender aos interesses de todos, baseado na justiça social.

## **CAPÍTULO III**

### **VINTE ANOS DE TRAJETÓRIA DO SUS**

#### **3.1 Processo Histórico de Construção do SUS**

Constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (BRASIL, 1990, Art. 4º da lei nº. 8.080).

O SUS é constituído pelo conjunto de ações, bens e serviços de saúde proporcionados pelo poder público de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, organizado em redes hierarquizadas e regionalizadas de atenção que abrangem todo o território nacional. Cada esfera de governo possui responsabilidades específicas e comuns. Aos municípios cabe, dentre outras atribuições, garantir a integralidade das ações de atenção à saúde de sua população, sendo os estados, Distrito Federal e a União, co-responsáveis e solidários com os municípios no intuito de assegurar a execução dessas ações.

O processo de construção do SUS é resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos, travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos. Decorrentes de concepções diferenciadas, a política de saúde e as formas como se organizam os serviços não são frutos apenas do momento atual, ao contrário, têm uma longa trajetória de formulações e lutas (BRASIL, 2001). Um ator social importante nessas lutas foi o Movimento Sanitário, que reuniu profissionais, estudantes, professores, movimentos populares, em torno de uma batalha política pelo reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços e pela integralidade da atenção à saúde.

A origem do Movimento Sanitário ocorreu durante o período mais repressivo da ditadura militar, onde se desenvolveu um pensamento transformador na área da saúde. No âmbito das universidades surge um espaço de enfrentamento para a lógica dominante na área da saúde, de aberto privilegiamento aos interesses econômico-corporativos e empresariais do setor. A construção da abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde foi feita no interior dos departamentos de

medicina preventiva, em um processo de críticas à medicina preventiva e a sua base filosófica: as ciências sociais positivistas (SCOREL, 1998). Segundo a autora, foi durante o governo Geisel<sup>17</sup> que o Movimento Sanitário articulou-se, ao fim do qual se apresentou como um movimento propriamente dito, com órgãos de representação, propostas de transformação, mecanismos de formação de agentes e de divulgação de seu pensamento.

O Movimento Sanitário, apesar de sua articulação, não conseguiu a substituição do modelo de atenção à saúde, entendido como médico-assistencial-privatista, porém conseguiu provocar uma mudança na arena política da saúde. Scorel (1998) descreve como o surgimento de um novo pensamento que, em seu processo de articulação e desenvolvimento, foi se conformando como um novo ator coletivo.

Um dos marcos da construção do SUS é a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), que sistematizou os princípios e diretrizes defendidas pelo Movimento Sanitário, com destaque para os seguintes elementos: a) conceito ampliado de saúde; b) reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; e c) criação de um Sistema Único de Saúde. O SUS então passou a ser concebido com uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e das ações de saúde, garantidas na Constituição de 1988 e nas leis que o regulamentam.

A operacionalização das suas diretrizes e princípios vem sendo discutida ao longo desses anos e tem sido uma tarefa cotidiana dos municípios e estados brasileiros, os quais enfrentam obstáculos de toda ordem, como por exemplo: dificuldades de financiamento; disputa de grupos com interesses divergentes; insuficiência de capacidade gerencial; excessiva burocracia nas formas de administrar; experiência ainda recente com os processos de descentralização e democratização; insuficiência de mecanismos jurídicos para a regulamentação da rede privada; formação de recursos humanos com perfil diferente daquele demandado pelo novo sistema; dentre outros que formam uma lista quase interminável de problemas.

---

17 O Governo Geisel foi o vigésimo primeiro do governo republicano da história do Brasil. Teve início em 15 de março de 1974 e fim em 15 de março de 1979, totalizando cinco anos.

O panorama que configura o SUS é de 'sintomas' tanto de crescimento (avanços) quanto de desafios (os novos e os que ainda persistem), que podem caracterizar uma degradação do sistema público de saúde brasileiro. Na análise das Políticas Sociais de 2008, publicada pelo IPEA<sup>18</sup>, são apontados problemas objetivos no financiamento e na gestão do sistema, na qualidade e eficiência dos serviços prestados e destaca como principal sinal de crise um descrédito na capacidade de consolidação do SUS. Essa análise ressalta, como um dos aspectos fundamentais para a política nacional de saúde, a garantia de um financiamento suficiente, para atender ao ordenamento constitucional de que a saúde é dever do Estado e um direito do cidadão, avançando em direção a concretização dos direitos sociais no Brasil.

### **3.2 Orçamento do SUS e os gastos em Saúde no Brasil**

A Constituição Federal de 1988 estabelece que o SUS deverá ser financiado com recursos do Orçamento da Seguridade Social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e será orientado quanto à execução orçamentária pelos seguintes princípios: da universalidade (acesso de todas as pessoas aos serviços saúde), integralidade (todas as necessidades de saúde das pessoas devem ser atendidas), eqüidade (aplicação dos recursos adequada às desigualdades existentes), descentralização (as ações devem ser pactuadas e executadas pelos entes políticos de forma a aumentar a eficiência) e participação da comunidade (a população participa da elaboração da política de saúde e controla a execução das ações e aplicação dos recursos).

A Emenda Constitucional n.º 29<sup>19</sup> promoveu alteração do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da Constituição Federal e estabeleceu a obrigação de os entes da federação realizarem aplicações mínimas anuais de recursos orçamentários em ações, bens e serviços públicos de saúde.

A Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080/1990 estabelece como atribuição do Ministério da Saúde, dentre outras, a elaboração do planejamento estratégico em

---

18 BRASIL, 2008. Boletim IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Políticas Sociais - acompanhamento e análise nº 15, 2008. Disponível em <http://www.ipea.gov.br> Acessado em 02 de outubro de 2008.

19 Emenda Constitucional nº29 de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

âmbito nacional em cooperação com os estados, DF e municípios. O art. 36 dessa lei determina que o processo de planejamento e orçamento do SUS deverá ser ascendente do nível local até o federal e que os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS. Plano de Saúde é o instrumento que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados em um determinado período, expressos em objetivos, diretrizes e metas e deverá ser realizado a partir da análise da situação de saúde.

A outra Lei Orgânica de Saúde, a n.º 8.142/1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Regulamenta a participação comunitária por meio dos conselhos de saúde e das conferências de saúde e condiciona para a transferência de recursos da União para estados, DF e municípios alguns requisitos, dentre eles a existência de plano de saúde e relatório de gestão.

Torna-se importante para a análise crítica do SUS em seus vinte anos de existência apresentar a situação dos gastos em saúde no país, com o intuito de demonstrar o financiamento do SUS nos anos mais recentes e buscar identificar os sinais que apontam o não acompanhamento dos gastos em saúde com a operacionalização dos princípios e diretrizes que regulamentam o SUS. Foram utilizados aqui os valores dos recursos executados nos anos de 2006 e 2007 e o orçamento previsto e aprovado para 2008.

Para o ano de 2006, o recurso executado foi de R\$ 44,3 bilhões, que representam cerca de 7% da receita corrente bruta do país. Do total executado na saúde, 1% foi utilizado em amortização de dívida, 7% em pagamento de pessoal inativo e pensionista, 11% em pessoal ativo e 81% em ações e serviços de saúde, segundo a Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (Cofin). Foram expurgados também os recursos destinados ao pagamento de juros da dívida, orçados em cerca de R\$ 180 bilhões. Ou seja, gastou-se mais de quatro vezes com pagamento de juros do que com saúde (ABRASCO, 2006).

Para o ano de 2007, o Congresso Nacional aprovou para a saúde R\$ 49,7 bilhões que, deduzidas as despesas indevidas - R\$ 3,9 bilhões correspondentes ao pagamento de inativos e dívidas do setor - resultaria em R\$ 45,7 bilhões. O montante da despesa empenhada na função saúde alcançou R\$ 45,7 bilhões, sendo que desse total a União transferiu 45,4% para os municípios e 25,1% para os estados e DF e

executou diretamente 27,1% em ações, bens e serviços de saúde. O restante (2,4%) refere-se a transferências ao exterior e a entidades sem fins lucrativos<sup>20</sup>.

Em 2008, o plenário do Congresso Nacional votou em 12 de março de 2008, a Lei Orçamentária Anual (LOA/2008), onde previa 1,4 trilhões para as despesas da União. O texto já incluía as perdas resultantes da extinção da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Do total do orçamento da União, foram reservados à Saúde R\$ 48,4 bilhões.

Para o presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Francisco Batista Júnior, e o presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Osmar Terra, o orçamento aprovado pelo Congresso Nacional é insuficiente para atender as necessidades do setor, defendendo o valor mínimo de R\$ 54 bilhões<sup>21</sup>.

Comparando-se os valores executados nos anos de 2006 (44,3 bilhões) e em 2007 (45,7 bilhões) houve um aumento irrisório nos recursos para a saúde de um ano para outro. Em 2008, apesar do valor aprovado pelo Congresso Nacional (48,4 bilhões) ser maior que o valor executado em 2007 (45,7 bilhões), continua variando pouco. Cabe destacar que, mesmo com esse aumento quase insignificante do valor absoluto referentes aos valores executados nas ações e serviços públicos de saúde, a União vem estabilizando o seu aporte de recursos para a saúde em termos do PIB (Produto Interno Bruto) fazendo com que o gasto em saúde varie pouco em relação ao percentual do PIB.

Na tabela abaixo é possível verificar os dados dos últimos anos disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS<sup>22</sup>) sobre os percentuais que representam as despesas com ações e serviços públicos de saúde financiadas pelo SUS em relação ao PIB.

---

20 Relatório sobre as Contas do Governo da República em saúde do exercício de 2007. Disponível em <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/saude>. Acessado em 02 de outubro de 2008

21 Disponível em: <http://www.agenciabrasil.gov.br> Acessado em 02 de outubro de 2008

22 Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br> Acessado em 02 de outubro de 2008

**Tabela 1: Despesas com ações e serviços públicos de saúde financiadas com recursos próprios em relação à porcentagem do PIB. Brasil, 2000 a 2006.**

<b>Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde financiadas por recursos próprios - 2000 a 2006. Em % do PIB</b>	
<b>ANO</b>	<b>% do PIB</b>
2000	2,89
2001	3,07
2002	3,18
2003	3,14
2004	3,35
2005	3,45
2006	3,6

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

Tomando como exemplo o percentual aplicado em 2006, Ribeiro (2008), aponta que esse percentual (o equivalente a 3,6% do PIB) significa 450 reais ao ano ou R\$ 1,23 por dia para cada habitante. Em países como a Alemanha o percentual aplicado em saúde é 8,2% do PIB; no Reino Unido, em torno de 7%; e nos países vizinhos, como Colômbia, é 6,2% e Argentina, 4,5%.

Para além da comparação com outros países, com realidades diferentes do Brasil e sistemas de saúde com modelos também diferentes do adotado aqui, consideramos que a postura dos gastos públicos em saúde não é compatível com a consolidação do Sistema Único de Saúde. É contraditório considerar que um sistema que pretende ser universal, integral e gratuito, contribui com um percentual do PIB tão baixo e com pouco mais de um real por habitante para atender as necessidades em saúde. Ribeiro (2008) cita ainda como mais um problema relevante o setor público mobilizar menos recursos do que o setor privado. Em 2005, dos 7,9% do PIB com gastos em Saúde, somente 3,4% foram gastos públicos, ou seja, 4,5% representam os gastos privados em saúde - somados aí as despesas tanto dos planos de saúde como das famílias.

Para se efetivar o SUS como um sistema público que cumpra com os preceitos constitucionais e contribua, como uma política social, para a redução das desigualdades sociais, são necessários mais recursos para a saúde pública, além da

melhoria na gestão do sistema de saúde e o enfrentamento político para garantir que o SUS não seja atacado pelas propostas de intervenção neoliberais.

A insuficiência de recursos gera um distanciamento cada vez maior do alcance dos objetivos e princípios do SUS. Por isso, é fundamental ter fontes de recursos regulares e em volume suficiente para a saúde, já que a regularidade de recursos é uma das peças-chave para que se possa realizar e executar o planejamento de uma ação do Estado.

### **3.3 SUS e a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29**

A regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 se torna imprescindível e urgente para a regularidade e garantia de financiamento suficiente para a saúde, reafirmando o entendimento do que são ações e serviços de saúde (em conformidade com o que determina a Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde<sup>23</sup>) para corrigir algumas brechas hoje existentes nos recursos destinados a saúde em estados e municípios e substituindo a vinculação dos investimentos da União ao PIB pela vinculação às receitas.

As análises feitas pelo IPEA mostraram que a EC nº 29 conferiu maior estabilidade aos aportes federais para o SUS, além de ter ampliado a participação de estados e municípios em seu financiamento (IPEA, 2008).

Após um longo período de hibernação a EC nº29 voltou à pauta. O Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 001/2003<sup>24</sup>, de autoria do deputado Roberto Gouvêa (PT-SP), aprovado pelas Comissões Técnicas da Câmara, aguardava há dois anos sua inclusão na pauta para votação em plenário. Já a proposta de autoria do senador Tião Viana (PT-AC), o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 121/2007<sup>25</sup>, iniciava sua tramitação. Ambos os projetos eram bastante semelhantes entre si e respeitavam os pontos mais fundamentais da Resolução nº 322 do CNS, que consolida o entendimento do movimento sanitário a respeito da questão. No Senado, o PLS nº

---

23 Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde, de 08 de maio de 2003. Aprova as diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.

24 Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 001/2003 - regulamenta a Emenda Constitucional 29, representando o aporte de mais recursos para o Sistema Único de Saúde (SUS) – Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br>. Acessado em 02 de outubro de 2007

25 Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 121/2007 - autor senador - Tião Viana. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por Estados, Distrito Federal, Municípios e União em ações e serviços públicos de saúde, os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

121 sofreu modificações importantes na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) e na Comissão de Assuntos Econômicos (CAE).

A votação da EC-29 fez com que duas questões fossem reaproximadas: a prorrogação da CPMF e a regulamentação da EC nº 29. No dia 31 de outubro de 2007, o PLP nº 0001/2003 foi finalmente posto em votação no plenário da Câmara e aprovado, seguindo então para o Senado. Contudo, em dezembro de 2007, o Senado Federal não aprovou a prorrogação da CPMF. Com isso, fica a questão central de como irá avançar a regulamentação da EC-29 a partir deste momento, uma vez que os recursos adicionais que estavam sendo negociados teriam como fonte essa contribuição.

Cabe destacar que o Conselho Nacional de Saúde defende a aprovação de uma proposta de financiamento fixo como a única maneira de se garantir a viabilidade da EC-29.

Embora as regras de participação das esferas governamentais no gasto público em saúde, definidas pela EC-29, sinalizem para a expectativa de aportes adicionais de recursos para o setor, deve-se observar os limites dessa expansão, na medida em que a magnitude de recursos está condicionada, de um lado, pela evolução das receitas públicas estaduais e municipais e, de outro, pela taxa de crescimento econômico (os aportes federais são corrigidos pela variação nominal do PIB). Além disso, muito estados e municípios simplesmente descumprem a vinculação, introduzindo outras rubricas no gasto em saúde ou subestimando a disponibilidade de recursos próprios para efeito de cálculo do percentual a ser aplicado na saúde (VIANA, 2008).

Outra discussão fundamental que permeia a EC-29 é a regulamentação do que são ações e serviços públicos de saúde. Essa discussão conseguiu avançar mais do que a do financiamento, defendendo que serão consideradas na apuração dos recursos mínimos a serem aplicados, as ações e serviços públicos de saúde voltadas para promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios da Lei no 8.080/90, e que sejam de caráter universal, igualitário e gratuito. O entendimento é que isso excluiria, por exemplo, o pagamento de benefícios para assistência à saúde de funcionários públicos e militares. Ademais, define-se também que essas ações sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a

outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde.

### **3.4 Dilemas e Desafios atuais do SUS**

Números expressivos de procedimentos e atendimentos realizados no SUS corroboram com a já citada necessidade de maior aporte financeiro nas ações e serviços públicos de saúde, a fim de garantir a prestação desses serviços com qualidade e atingir a população que ainda enfrenta barreiras para ser atendida. Em 2004 a produção de ações e serviços do SUS correspondeu a cerca de 1,5 bilhões de atendimentos ambulatoriais, mais de 12 milhões de internações, quase 300 milhões exames laboratoriais, mais de 1 milhão de tomografias, 160 mil ressonâncias, 6,5 milhões de ultra-sonografias, mais de 8 milhões de seções de hemodiálise, 23.400 transplantes de órgãos e tecidos, 105.000 cirurgias oncológicas, 140 milhões de vacinas aplicadas (BRASIL, 2008).

Ainda de acordo com as ações desenvolvidas pelo SUS, merecem destaque àquelas que apresentam bons resultados em saúde, como a contribuição do Programa Saúde da Família na redução da mortalidade infantil (MACINKO, 2006), o aumento da cobertura vacinal, registrando a erradicação de algumas doenças como sarampo (desde 2000) e da poliomielite (desde 1994) (BRASIL, 2006), os mais de 15 mil transplantes de órgãos realizados em 2008 (BRASIL, 2008). Outro avanço na saúde é a diminuição dos problemas de gestão ou de mau uso de recursos – comprovada pela análise da aplicação dos repasses federais em municípios sorteados pela Controladoria Geral da União (CGU) - ainda que os percentuais de recursos desviados ou mal aplicados continuem a ser inaceitáveis (RADIS, 2008).

É preciso preservar o SUS dos apelos para acabar, senão minimizar, a ação do Estado na prestação de serviços de saúde como um direito da população. Dessa forma, deixaria ainda mais forte o complexo médico-industrial privado, que busca captar parcela da população para se tornar cliente de seus serviços em planos de saúde, nas clínicas e consultórios particulares, para vender os equipamentos e medicamentos que fabrica. A saúde é um setor que envolve montantes razoáveis de recursos que despertam o interesse do setor privado, gerando uma forte ofensiva privada contra a saúde pública. O montante gerado com as atividades ligadas à

saúde no Brasil em 2005 foi de R\$ 97,3 bilhões, sendo a saúde pública responsável por 33,4% desse total (IBGE, 2008), o que demonstra que ainda há um volume grande de atividades da saúde a serem 'exploradas' pelo setor privado.

Os que defendem os interesses privados e os que possuem afinidades com o pensamento liberal acreditam na idéia de que a crise que a saúde no país está passando seria resolvida com propostas reformistas no Estado, as quais minimizariam a ação do Estado na regulação do setor privado e na prestação de serviços. Nessa nova onda reformista, já não caberiam mais políticas universalizantes, e sim, propostas racionalizadoras, focalizadas, sob uma nova ótica de gerência pública, que obedeceria às regras determinadas pelas políticas macroeconômicas, que implicam na redução do papel do Estado nas ações de saúde.

As batalhas que vêm sendo travadas contra o SUS e as propostas privatizantes e liberais devem ser explicitadas, pois muitas delas vêm travestidas como soluções mais eficientes e eficazes para enfrentar a crise da saúde pública no Brasil. Algumas delas envolvem temas polêmicos, mas de grande relevância para a saúde pública, como o aborto, o combate ao tabagismo e ao consumo abusivo de álcool e outras drogas. Mudanças na produção e distribuição social dos problemas de saúde, bem como um novo perfil epidemiológico que acomete a população brasileira, exigem a adoção de medidas e decisões que muitas vezes confrontam instituições e setores de grande influência no contexto político e econômico da sociedade, a exemplo de entidades religiosas, setores de mídia e as empresas de bebidas alcoólicas e de cigarro. Esses enfrentamentos políticos devem ser encarados tendo como parâmetro o bem público como única finalidade para os atos administrativos produzidos pelo Estado.

Outro exemplo, que aqui é concebido como um ataque liberal ao SUS, é a proposta de criação da Fundação Estatal de Direito Privado, que seria um formato alternativo jurídico-institucional para garantir mais autonomia e flexibilidade na gestão das unidades de saúde. A fundação estatal é parte da administração indireta do Estado e obedece a um conjunto de regras peculiares da administração pública, com autonomia gerencial. Sua supervisão compete ao órgão setorial de política ao qual está subordinada. Essa proposta segue em tramitação no Congresso Nacional desde

julho de 2007, como Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 92/2007<sup>26</sup>, elaborado pelo Poder Executivo.

Para o atual Ministro da Saúde (José Gomes Temporão) as fundações estatais de direto privado representam um avanço na administração das instituições de saúde. Segundo ele, a nova figura jurídica permite maior agilidade administrativa e qualificação dos serviços prestados à população. Por meio dela, as instituições poderão contratar pessoal pelo regime da CLT<sup>27</sup> e tornar mais rápido os processos de licitação para a compra de materiais necessários para suas atividades<sup>28</sup>.

O Conselho Nacional de Saúde se posiciona contrário à proposta das fundações estatais de direto privado. Divulgou uma nota<sup>29</sup> em que apresenta o seu posicionamento contrário, primeiro devido ao envio do projeto de lei ao Congresso Nacional sem a apreciação e deliberação do CNS, ferindo os preceitos do controle externo de políticas públicas exercido pelos Conselhos. E em relação ao teor da proposta, por compreender que as fundações estatais não irão superar os atuais problemas de gerenciamento do poder público. Defende que as modalidades de gestão do SUS, para garantir um modelo assistencial integral e de qualidade, não poderiam ter seus profissionais submetidos à lógica do mercado, seus gestores submetidos à mercê de indicações políticas e estrutura administrativa arcaica.

Segundo o presidente do CNS - Francisco Batista Júnior - essa proposta poderá dificultar ainda mais o controle social sobre o gerenciamento das instituições financiadas com o dinheiro público, facilitaria o uso inadequado dos recursos públicos, cuja origem e repasses também não estariam assegurados no orçamento fiscal<sup>30</sup>.

A proposta das fundações estatais também foi alvo de debates na 13ª Conferência Nacional de Saúde (realizada em novembro de 2007), sendo que a proposta encaminhada pelo governo federal ao Congresso Nacional foi rejeitada em todas as dez plenárias temáticas.

---

26 Projeto de lei complementar nº 92/2007 - Regulamenta o inciso XIX do Art. 37 da Constituição Federal e estabelece as áreas de atuação das fundações estatais. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/61/06.html>. Acessado em 20 de novembro de 2008.

27 Consolidação das Leis do Trabalho. - Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.

28 Disponível em <http://portal.saude.gov.br>. Acessado em 20 de novembro de 2008.

29 Nota do Conselho Nacional de Saúde sobre o projeto de lei complementar (PLC) que propõe a criação de fundação estatal para áreas do serviço público. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br>. Acessado em 20 de novembro de 2008.

30 Disponível em <http://webmail.andes.org.br>. Acessado em 20 de novembro de 2008.

Nos estados ainda não há consensos, sendo que a maioria deles ainda não se posicionou sobre a proposta das fundações estatais. Nos estados da Bahia, Sergipe e Rio de Janeiro já foi aprovada, porém nos estados da Paraíba e de Alagoas foram criados Fóruns Permanentes contra as Fundações Estatais de Direito Privado.

Os argumentos teóricos contrários à criação das fundações estatais são em torno da dificuldade de controlar e fiscalizar os recursos públicos que serão repassados a essas novas instituições, e que, transferir a gestão dos serviços para a iniciativa privada facilitaria a distribuição de cargos com caráter político, acabando com os cargos de servidores públicos e com as possibilidades de constituir plano de cargo e carreira no SUS, com a alegação de que operar sob condições mais flexíveis permitirá às organizações efetuar contratações e compras por processos muito mais simplificados. Isso representaria uma espécie privatização da saúde e enfraqueceria as características de sistema público.

É necessário que haja um olhar crítico e totalizante sobre os problemas que o SUS vem enfrentando e tornar evidente os ataques que ele vem enfrentando, muitas vezes disfarçados, em nome de uma 'crise' na saúde decorrente da ineficiência do Estado em prestar serviços dignos à população.

O SUS, após 20 anos de trajetória, requer o desenvolvimento e aperfeiçoamento de sua capacidade política, institucional, de gestão e provisão de serviços de saúde, com o objetivo de superar uma série de desafios que ainda persistem. Esses desafios constituem obstáculos para a materialização dos princípios constitucionais da universalidade e integralidade em ações efetivas na prática dos serviços de saúde. Deve reafirmar o dever do Estado na provisão dos serviços e a subordinação das práticas privadas à regulação, protegendo o aparato jurídico-constitucional, conquistado pela luta do Movimento Sanitário, das propostas liberais.

A Atenção Básica, como um dos níveis de prestação de serviços no SUS, sofre o impacto dessas propostas reformistas e corre o risco de ser uma rede de serviços focalizada, de má qualidade, sem responsabilização pela condição de saúde da população e com dificuldades cada vez maiores de acesso, continuando a lotar desnecessariamente os pronto-socorros e hospitais. Enquanto isso, o PSF passa por um dualismo de concepções – se é o caminho para a reversão dos problemas da Atenção Básica do SUS ou se representa uma adesão às propostas reformistas, apoiada pelos setores privados e organismos internacionais.

Tendo em vista que o PSF é uma estratégia política que faz parte do SUS e está na incumbência de operacionalizar o fortalecimento da Atenção Básica, é possível afirmar que ele tem potencial para dar conta de problemas que são, em grande parte, de caráter estrutural, como alguns apresentados até este ponto da pesquisa?

## **CAPÍTULO IV**

### **ATENÇÃO BÁSICA: CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE NO SUS**

#### **4.1 Histórico e Conceituação de Atenção Primária em Saúde**

A Atenção Primária em Saúde (APS) vem ganhando destaque nas propostas de reforma dos sistemas de saúde e no impacto que vem apresentado sobre as condições de saúde da população, em relação ao acesso aos serviços e a organização do sistema.

As ações de Atenção Primária ou cuidados primários em saúde podem ser identificadas desde o fim do século XIX, quando o professor Pierre Budin estabelece, em Paris de 1892, um sistema de centros de atendimento infantil onde eram realizadas algumas ações que hoje são chamadas de ações básicas de saúde (ALEIXO, 2002). Segundo o autor, nos EUA do início do século XX também foram identificadas ações de Atenção Primária, que eram realizadas nos denominados centros comunitários de saúde, associadas a ações de educação e assistência social. Eram ações aplicadas sobre uma dada população de risco, dentro de uma base territorial delimitada e sob a responsabilidade de uma unidade descentralizada um conjunto de atividades de assistência social, assistência médica, ações preventivas e de educação sanitária, sobre meio ambiente, moradia e trabalho.

Nesses centros comunitários de saúde dos EUA foram desenvolvidos processos de co-gestão, mobilizando a comunidade a participar das decisões e o controle por meio de colegiados e conselhos. Incluindo aspectos do que hoje consideramos o conceito ampliado de APS. Ao mesmo tempo, em 1910, nesse mesmo país era divulgado o relatório Flexner<sup>31</sup>, que viria marcar os rumos da atenção médica no século XX, centrando em aspectos como a assistência médica à doença, a fragmentação do indivíduo e a negação dos determinantes sociais, características essas incompatíveis com a proposta dos centros comunitários de saúde (ALEIXO, 2002).

---

31 Relatório Flexner: Trabalho preparado pelo Professor Abraham Flexner para a Fundação Carnegie de Educação, após visita a 155 escolas médicas nos EUA (ALEIXO, 2002).

Além da influência do relatório Flexner nos processos pedagógicos-científicos, outro fato marcante do início do século XX foi a crescente participação do Estado na saúde, por meio de financiamento, regulação, distribuição e prestação de serviço, despertando o interesse do complexo industrial farmacêutico e de equipamentos para expandir o seu capital. O modelo flexneriano passa a se consolidar em boa parte do mundo ocidental. Porém, com a implementação dos Estados de Bem Estar Social na Europa Ocidental, os modelos de assistência médica universalizada e com recursos públicos conseguiram estabelecer um bom nível de Atenção Primária em Saúde (ALEIXO, 2002).

Hoje ainda persistem diferentes conceituações e entendimentos do que sejam cuidados primários em saúde e os sistemas de saúde adotam medidas diferentes para executar as ações primárias em saúde, variando de acordo com a característica do sistema de saúde, influenciado pelo grau de participação, financiamento e regulação do Estado. Viana (2008) aponta três linhas de interpretação acerca do conceito de Atenção Primária à Saúde: a) como um programa seletivo com cestas restritas de saúde; b) como um dos níveis de atenção correspondendo aos serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato não-especializados, incluindo (ou não) amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; c) como forma abrangente, referindo-se a uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde.

Segundo a autora, nos países europeus, a Atenção Primária refere-se, em geral, aos serviços ambulatoriais de primeiro contato, tornando-se a base do sistema de saúde do Reino Unido e de outros países como Dinamarca, Irlanda, Itália, Holanda, Noruega, Portugal e Espanha. Nesses países a organização da Atenção Primária se caracteriza como: prestação de serviços de primeiro contato; responsabilidade longitudinal pelo paciente, independente da ausência ou presença da doença; garantia de cuidado integral a partir da consideração dos âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde; e coordenação das diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas. No caso dos Estados Unidos, nunca houve uma organização da Atenção Primária nos moldes dos países europeus citados - constituindo, assim, a única exceção dentre os países desenvolvidos. Já no caso dos países periféricos, a Atenção Primária corresponde, também, a programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade

para cobrir determinadas necessidades previamente definidas de grupos populacionais em extrema pobreza.

Nos países da América Latina e Caribe o foco da Atenção Primária é contornar os problemas de financiamento e de iniquidade da saúde, por meio da definição de pacotes mínimos obrigatórios, vinculados a patologias de maior prevalência ou acesso a serviços de Atenção Primária restritos e redução dos riscos epidemiológicos. Os pontos críticos na definição desses pacotes referem-se à necessidade de aumentar gradualmente os serviços inseridos no pacote e de garantir acesso aos demais serviços e à capacidade de sustentação do financiamento ao longo prazo. Esses países também passaram por processos de reformas dos sistemas de saúde, cujos objetivos principais eram o avanço nos mecanismos de solidariedade, para alcançar maior equidade no acesso aos serviços de saúde, a contenção dos custos e mais eficiência no uso dos recursos, respondendo melhor às mudanças tecnológicas, demográficas e epidemiológicas. O diferencial dessa região está relacionado ao aumento da exclusão social e da iniquidade decorrente do baixo crescimento econômico (CEPAL, 2006).

Outro relatório, que segundo Starfield (2004) influenciou a reorganização dos serviços de saúde em muitos países, distinguindo claramente níveis atenção nos sistemas de saúde foi o relatório Dawson<sup>32</sup>. Esse relatório, divulgado em 1920, tratava da organização dos sistemas de saúde, o qual distinguia três níveis principais de serviços: centros de saúde primários; centros de saúde secundários; e hospitais-escola. Todos eles com vínculos formais ligando um ao outro e com a descrição das atividades que cada um desempenharia. De acordo com a divisão do referido relatório, os centros de saúde seriam o *locus* mais apropriado para o desenvolvimento dos cuidados primários em saúde.

A Atenção Primária à Saúde como doutrina universal veio a dar-se na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde<sup>33</sup>, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Em sua trigésima reunião anual

---

32 Relatório Dawson (Lord Dawson of Penn, 1920), que preconizou a organização do sistema de serviços de saúde em três níveis: os centros primários de atenção à saúde, os centros secundários de atenção à saúde e os hospitais de ensino. Surgiu no Reino Unido e deu origem a moderna concepção de atenção primária à saúde (Mendes, sem data. Disponível em <http://www.esp.ce.gov.br/>. Acessado em 22 de outubro de 2008.

33 Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata – Cazaquistão – promovida pela OMS e pela UNICEF, com a participação de 134 países, que deu origem a Declaração de Alma-Ata.

(1977), a Assembléia Mundial de Saúde decidiu que a principal meta social dos governos participantes deveria ser a obtenção, por parte de todos os cidadãos do mundo, de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar vida social e economicamente produtiva. Hoje conhecida como, 'Saúde para todos no ano 2000', declaração que desencadeou uma série de atividades que tiveram impacto sobre o pensamento a respeito da Atenção Primária à Saúde.

Foi no ano seguinte, na Conferência de Alma Ata, que foram especificados que os componentes fundamentais da Atenção Primária à Saúde seriam a educação em saúde, o saneamento ambiental, os programas de saúde materno-infantis, a prevenção de doenças endêmicas, o tratamento adequado de doenças e lesões comuns, o fornecimento de medicamentos essenciais, a promoção de boa nutrição e a medicina tradicional.

A Atenção Primária em Saúde então foi definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (Organização Mundial da Saúde - OMS, 1978).

Embora o conceito de Atenção Primária à saúde tenha sido pensado para ser aplicado em todos os países, há discordâncias a respeito da extensão na qual eles são aplicáveis. Esse conceito dá ênfase à proximidade dos serviços com as pessoas, o que parece estranho em países com sistemas de saúde baseados na tecnologia, na especialização, na supremacia do hospital e no currículo das escolas de medicina que estão sob o controle de especialistas que trabalham em hospitais.

Alguns países fizeram reformas nos sistemas de saúde para contemplar os aspectos de saúde descritos no conceito de atenção primária, buscando rearranjar a divisão das responsabilidades dos níveis de atenção, aumentando a importância do papel da atenção primária na organização da entrada dos usuários no sistema de saúde e no encaminhamento aos outros níveis de complexidade.

Os novos modelos de Atenção Primária alcançaram resultados significativos e serviram de experiência para a redefinição da política de saúde no país e região. Os principais resultados foram o desaparecimento de doenças como varíola, sarampo, poliomielite e a redução da incidência da tuberculose, dengue, malária. O principal aprendizado é marcado pela percepção da importância do fortalecimento das ações de nível primário em todos os seus componentes, o assistencial, o preventivo e o de promoção - este foi o menos desenvolvido (CEPAL, 2006).

Starfield et al. (2005) mostram que a organização da Atenção Primária, nos moldes da garantia de cuidado integral definidos, melhoram o estado de saúde, diminuem os custos e promovem a equidade. Os países que gastam mais com Atenção Primária, como é o caso da Austrália, Canadá, Japão, Suíça, Dinamarca, Finlândia, Holanda, Espanha e Reino Unido, possuem melhores níveis de saúde – taxa de mortalidade, doenças do coração, detecção de câncer precoce, e melhores indicadores de saúde – baixo peso ao nascer, mortalidade neonatal, mortalidade pós-neonatal, mortalidade infantil.

Para Goulart (2002), o conceito de Atenção Primária à Saúde, nos moldes preconizados pelos organismos internacionais, é exemplo de propostas que costumam ser geradas em contextos radicalmente diferentes daqueles aos quais se destina a sua aplicação. Tal situação de desigualdade entre os países acaba por resultar na acentuação da dependência mediante uma 'cópia ineficaz' daquilo que é funcional em outras realidades, dado um quadro de determinações bastante diferenciado.

## 4.2 Atenção Primária em Saúde no SUS

A Atenção Primária no SUS – denominada de Atenção Básica – representa um dos níveis que faz parte do modelo de organização adotado pelo SUS. Podemos apontar que conceitualmente a Atenção Básica se assemelha à Atenção Primária dos países europeus citados aqui, prevendo serviços de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, com responsabilidade pela condição sanitária independente da presença ou ausência de doenças, garantindo uma atenção integral. Porém, quando se trata da implementação desses aspectos conceituais, a Atenção Básica no SUS se encaixa no perfil dos países da América Latina e do Caribe, pois ainda encontra desafios para ampliar o acesso aos serviços básicos, garantir o acesso aos demais níveis de complexidade (em especial aos de média complexidade) e luta para a sustentação financeira a longo prazo.

De acordo com a organização formal do SUS, os seus níveis de atenção à saúde são divididos por serviços de Alta Complexidade, de Média Complexidade e de Atenção Básica. Nesta pesquisa essa divisão formal ou legal é considerada como meramente centrada na tecnologia – equipamentos, exames, tipos de serviços - já que, em cada um dos níveis há uma complexidade exigida e não cabe mensurar qual é o mais ou o menos complexo. Na Alta Complexidade são realizados procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, geralmente realizadas em âmbito hospitalar. Na Média Complexidade são realizados procedimentos, atendimentos e exames especializados, nos ambulatórios de especialidades, laboratórios clínicos ou hospitais. E o nível de Atenção Básica, constituído por uma rede formada por postos de saúde, unidades básicas de saúde, centros de saúde, onde são desenvolvidas ações nas especialidades básicas<sup>34</sup>.

Legalmente os serviços de Atenção Básica devem estar presentes em todos os municípios brasileiros, sendo a direção municipal (secretarias municipais de saúde) responsável pela sua execução e financiamento, a direção Estadual (secretarias estaduais de saúde) co-responsável pela execução e financiamento e a direção nacional (Ministério da Saúde) responsável pela elaboração das normas que regulamentam os serviços e pelo co-financiamento. Os municípios devem assegurar

---

<sup>34</sup> Especialidades básicas são: clínica médica, pediatria, obstetria e ginecologia.

a cobertura universal da população aos serviços básicos de saúde, fazendo com que a Atenção Básica seja a porta de entrada do cidadão ao Sistema Único de Saúde. Se necessário, a partir do atendimento na Atenção Básica, o usuário será encaminhado para outros serviços de maior complexidade tecnológica, prestados no mesmo município ou em outro município da região, sempre com a responsabilidade do município onde reside esse usuário.

Se compararmos o processo histórico da Atenção Básica no SUS com o da Atenção Primária no contexto mundial, podemos constatar que a discussão em âmbito nacional do fortalecimento da Atenção Básica aconteceu de forma tardia, apesar de algumas ações isoladas no país já estarem acontecendo desde a década de 80.

Somente em 1998 é que o Ministério da Saúde assumiu, pelo menos em discurso oficial, a Atenção Básica como Política de Saúde e eixo orientador para reorganizar o modelo de atenção à saúde. Mas, apenas em 2006 essa prioridade foi regulamentada, sendo criada a Política Nacional de Atenção Básica<sup>35</sup>, por meio de uma portaria que consolida toda a regulamentação sobre Atenção Básica no SUS, define as normas e diretrizes desse nível de atenção e conceitua a Atenção Básica como:

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

---

35 Política Nacional de Atenção Básica. Regulamentada pela Portaria nº648/GM de 28 de março de 2006.

participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possa comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, Política Nacional de Atenção Básica, 2006).

No conceito de Atenção Básica descrito na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) há um avanço e inovação em termos de princípios, em relação aos princípios definidos no consenso de Atenção Primária à Saúde de Alma Ata. Na PNAB estão explicitados os princípios de acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Reforça ainda o trabalho em equipe e não faz nenhuma menção aos custos com os serviços, que no conceito de Atenção Primária são descritos como: *'...custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento'*.

Avançamos em termos de regulamentação, mas precisamos ainda avançar na implementação e materialização das diretrizes da PNAB no SUS. Por termos elaborado uma política nacional para a Atenção Básica de forma tardia, se comparada aos países que vêm implementando desde Alma-Ata ou mesmo anteriores a ela, tivemos tempo para avançar nas pesquisas e nas práticas de cuidados primários em saúde. Precisamos definir as contradições entre a normatização e a implementação, que é descentralizada aos municípios, e assegurar que sejam contempladas as realidades locais e as características e princípios claramente definidos para o SUS.

Ainda persiste um descrédito de autores (CONILL, 2002; RIZZOTTO, 2001; GOULART, 2002) quanto às reformas nos sistemas de saúde orientadas pela atenção primária, considerando-as como propostas de reordenamento do modelo assistencial em função das idéias do Banco Mundial, sugerindo uma ação estatal focalizada, contribuindo para uma 'contra-reforma' no SUS, no sentido de restringir os direitos sociais consagrados na Constituição de 1988. Além das críticas que recebe como sendo contra as possibilidades de controle da sociedade, imposição de mecanismos de participação social, favorecimento da acumulação de capital aos produtores e manutenção e aprofundamento das desigualdades de acesso.

Apesar dos atores que são contra as reformas orientadas pela atenção primária, o Ministério da Saúde vem batalhando nesse sentido e colocando o fortalecimento da Atenção Básica como uma das prioridades para o SUS, (PACTO PELA VIDA, 2006; PROGRAMA MAIS SAÚDE: DIREITO DE TODOS, 2008) considerando a Atenção Básica como orientadora do cuidado em saúde e como sendo o primeiro contato do usuário com o sistema. Ainda que para alcançar esse objetivo o governo federal conta com o apoio técnico e financeiro de organismos internacionais, por meio da contratação do quadro de pessoal para gestão federal do programa, por meio do projeto para expandir o número de equipes de Saúde da Família (PROESF) e outras parcerias que surgem no percurso da Atenção Básica.

Podemos considerar que a reforma do sistema de saúde tendo a Atenção Básica como eixo central nesse processo não caracteriza adesão as propostas reformadoras e minimalistas de pacotes básicos para a saúde. As normas e regulamentações são compatíveis com as determinações legais do SUS e se implementadas e materializadas de fato, serão instrumentos para a consolidação do próprio SUS.

O último relatório anual da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008)<sup>36</sup> recomenda a adoção da Atenção Primária à saúde nos países como uma tentativa de combater a desigualdade e ineficiências dos sistemas de saúde. Nesse documento, a OMS destaca o sucesso das iniciativas adotadas no Brasil com relação à atenção primária, elogiando o Programa Saúde da Família e recomendando a sua adoção como ação bem sucedida na área. Para o editor responsável pelo relatório - Win Van Lerberghe - o programa é um dos exemplos mais impressionantes do impacto da adoção dos cuidados básicos, e de como esses cuidados devem ser implementados para que proporcionem melhoria na qualidade da saúde e traga resultados.

É dentro da perspectiva de expansão dos cuidados primários e fortalecimento da Atenção Básica no SUS que o Ministério da Saúde vem atuando, elaborando propostas que visam inovações na operacionalização da Atenção Básica, com o objetivo de reverter à lógica com que tradicionalmente os serviços são prestados. Isso se traduziria em uma mudança no modelo assistencial na Atenção Básica,

---

<sup>36</sup> Informe sobre a Saúde no Mundo (2008). Atenção Primária à Saúde: Mais necessária que nunca. Disponível em: <http://www.who.int>. Acessado em 19 de novembro de 2008.

superando o modelo hegemônico dos serviços de saúde, centrado em procedimentos, medicalização, apoiado pelo complexo médico-industrial privado, por um modelo baseado nas necessidades em saúde e nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

O modelo de atenção adequado para a Atenção Básica deverá ultrapassar a visão limitada de que o foco dos cuidados em saúde deve ser centrado em cuidados médicos, em ações curativas e com a supervalorização de exames e procedimentos de alto custo em detrimento da qualidade da atenção, da integralidade, da interdisciplinaridade e da busca pela promoção da saúde.

Faz-se necessário, assim, aprofundar a discussão conceitual de modelos de atenção ou modelos assistenciais, no intuito de fazer um breve resgate histórico dos modelos predominantes na Atenção Básica e no SUS e compreender com que propósito surgem as novas propostas e políticas que vem sendo elaboradas para substituir o modelo existente na Atenção Básica.

## **CAPÍTULO V**

### **MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE**

#### **5.1 Modelos de Atenção: Discussão conceitual**

Os modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais vêm se modificando ao longo dos tempos, acompanhando as diferentes concepções de saúde-doença e os processos históricos, culturais, sócios, políticos e econômicos vividos. A instituição de modelos de atenção deveria acompanhar a dinâmica histórica e social dos problemas e necessidades em saúde. Entretanto, apresentam certa inércia, (TEIXEIRA, 2000), na medida em que se institucionalizam em políticas e práticas que reproduzem interesses econômicos e políticos de grupos profissionais, empresas, corporações e elites políticas, por vezes distanciados dos interesses e necessidades da população.

Para Rouquayrol (1994), modelos assistenciais são definidos como combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde, com distinta complexidade. Em Franco (2003), modelo de atenção não é visto como programa específico, mas o modo como se constroem a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho, que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar: do individual, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares, na promessa de construir a saúde.

Para Teixeira (2000), modelos de atenção à saúde podem ser definidos como combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas.

Tomando-se como referencial os conceitos de modelo de atenção propostos por (ROUQUAYROL, 1994; TEIXEIRA, 2000; FRANCO, 2003), adotamos para esta pesquisa a definição de modelo de atenção como arranjos, formas ou tecnologias de organização dos serviços, desde a gestão até a assistência ao usuário, com base na

concepção e na determinação de saúde e doença adotados. Acrescenta-se a isso os aspectos políticos e institucionais que envolvem a tomada de decisão e o processo histórico de construção de uma política, além dos aspectos estruturais que condicionam a existência e o formato dessa política.

No Brasil, durante o processo histórico da saúde, vários modelos assistenciais foram instituídos.

Silveira (2000) destaca como os três modelos mais significativos no Brasil: o liberal-privatista; o racionalizador-reformista; e o Sistema Único de Saúde. Segundo a categorização da autora, o modelo liberal-privatista é organizado pelo mercado, o usuário paga pela assistência de forma direta ou por meio de convênios médicos com empresas ou cooperativas. A lógica da atenção à saúde é a individual, curativa e economicamente racionalizadora. O modelo racionalizador-reformista surge para tentar minimizar algumas distorções da medicina de mercado, cujos projetos mais significativos foram as Ações Integradas de Saúde (AIS)<sup>37</sup> e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)<sup>38</sup>, os quais podemos considerar como modelos precursores do Sistema Único de Saúde. E o SUS, que é o modelo definido na Constituição Federal de 1988, construído com base em um conceito ampliado de saúde.

Carvalho e Campos (2000) citam algumas propostas experimentadas no país, que se caracterizaram como modelos de atenção - as Ações Programáticas em Saúde; o modelo de Vigilância à Saúde<sup>39</sup>; e o Programa Saúde da Família.

A principal proposta do Ministério da Saúde para a mudança do modelo assistencial é fortalecer a Atenção Básica, fazendo com que esse nível de atenção se torne o eixo condutor da reorientação da atenção à saúde com base em princípios como a integralidade e a resolutividade, valorizando o vínculo, o território, a continuidade da atenção e o trabalho interdisciplinar. Dessa forma, espera-se que as práticas em saúde estejam mais voltadas para as necessidades da população,

---

37 Ações Integradas de Saúde (AIS) estratégia do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (CONASP) estabelecida em 1986. As AIS estabeleceram, por meio de convênio, a transferência de encargos e recursos para o custeio de serviços a estados e municípios. Estabeleceram também as primeiras experiências de colegiado com representação da sociedade civil organizada na saúde. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br> Acessado em 19 outubro de 2008.

38 Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) implantado em 1987 em continuidade as AIS. Aprofunda a experiência de repasse de recursos, via convênios, assim como de transferências de responsabilidades. O SUDS já nasce, após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e contempla algumas de suas propostas do SUS, como a gratuidade, a descentralização das ações e serviços, Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br>

39 Modelo de Vigilância da Saúde segundo Teixeria (2000) requer a ampliação do objeto, que abarca, além das determinações clínico epidemiológicas no âmbito individual e coletivo, as determinações sociais

situando os serviços básicos mais próximos da população nos territórios, permitindo atuar naquela comunidade considerando os aspectos tanto epidemiológicos como sociais.

Essa proposta viria para substituir o modelo assistencial que ainda hoje predomina os serviços de Atenção Básica e cria obstáculos na adequação do modelo assistencial aos princípios do SUS. Esse modelo que hoje é hegemônico é o modelo médico assistencial privatista, que, segundo Teixeira (2000), é centrado no atendimento de doentes, com ênfase na assistência ambulatorial e hospitalar de alto custo, prestada principalmente por meio da rede contratada e conveniada com o SUS, que apresenta sérios limites para uma atenção comprometida com a efetividade, equidade e necessidades de saúde.

O fortalecimento da Atenção Básica pode ter sido inspirado em estratégias e iniciativas implantadas no país, que refletem as idéias de grupos intelectuais que tentaram implantar, no contexto brasileiro, os modelos praticados em outros países. Também pode ter origem nas idéias disponibilizadas por organismos internacionais, sempre prontos a ofertar um pacote de soluções para países, em especial países periféricos.

## **5.2 Modelos de Atenção no SUS e na Atenção Básica**

As experiências no Brasil de fortalecimento da Atenção Básica têm sido recentes, mas durante os anos de existência do SUS, vários modelos assistenciais foram instituídos, em especial a partir de 1968, em que foram iniciadas experiências de atenção à saúde que mais tarde iriam se constituir em modelos alternativos em relação ao padrão dominante da assistência médica previdenciária. Teixeira (1988) exemplifica esses modelos alternativos com as experiências iniciais das escolas de medicina, de integração docente-assistencial e o desenvolvimento de práticas para os alunos extra muros das Universidades e Hospitais Universitários.

O Projeto Montes Claros (PMC), desenvolvido no Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais, é descrito por Escorel (1998) como um modelo alternativo à organização do sistema de saúde no país, desenvolvido a partir de 1971. Esse projeto representou uma das primeiras experiências de integração docente-assistencial, por meio do internato rural da Universidade Federal de Minas Gerais.

Os modelos alternativos dirigiam-se, na maioria das vezes, a populações não cobertas pela Previdência Social e que tiveram pouco ou nenhum apoio oficial, alguns deles inclusive com apoio financeiro de órgãos internacionais, como Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Ford Foundation, Kellogg Foundation, entre outros (TEIXEIRA, 1988). Para a autora esses modelos foram influenciados e tiveram a sua origem na Medicina Preventiva, na Medicina Comunitária e nas proposições racionalizadoras da OPAS.

A Medicina Preventiva surge como um novo discurso no interior dos cursos de medicina, tendo sua origem identificada no período de 1922 a 1950 nos departamentos de Medicina Preventiva nas Escolas Médicas do Canadá e EUA. Utiliza a História Natural das doenças que funciona como modelo reorganizador do conhecimento médico, compondo o conhecimento fisiopatológico e epidemiológico em um mesmo espaço, envolvido pelo ambiente social. O social aí é incluído apenas como mais um elemento, que pode ser causa ou efeito dos problemas diagnosticados. A Medicina Preventiva foi divulgada na América Latina pela OPAS e no Brasil generalizou-se à criação dos Departamentos de Medicina Preventiva e similares, com a modernização proposta pela Reforma Universitária nas Escolas de Medicina (TEIXEIRA, 1988).

A Medicina Comunitária, segundo Teixeira (1988), surgiu na seqüência das propostas da Medicina Preventiva e superou as tentativas de recomposição interna ao ato médico desses projetos, agregando-lhes uma nova dimensão: a prestação de serviços a categorias excluídas de cuidado médico, se constituído numa forma paralela à organização dominante de assistência médica. Seu objetivo é uma nova forma de prestação de serviços, dirige-se não a indivíduos, mas a grupos sociais, integrando cuidados preventivos a curativos, individuais e coletivos. Isola o pobre como objeto de uma prática diferenciada, que coexiste com outras formas de atenção a outras categorias sociais, sendo que comunidade e a sua participação são elementos articuladores entre a prática médica e os outros componentes da estrutura social.

No Brasil, mesmo em um contexto político autoritário no período da ditadura militar, a medicina comunitária significou uma abertura para algum tipo de atuação popular e constituiu, dessa forma, numa prática que criou condições para o início de um movimento contra-hegemônico no setor saúde (SGUARIO e PEZZINI, 2004).

Apesar da existência da proposta de medicina comunitária nos EUA, esse país publicou por meio da Fundação Carnegie de Educação o relatório Flexner, com recomendações que viriam mudar o currículo das escolas médicas e instaurar um novo modelo de saúde, que vigora até os dias de hoje, chamado de Modelo Flexneriano. Nesse relatório, segundo Aleixo (2002), as modificações nos cursos de medicina eram baseadas no mecanicismo (o homem é comparável a uma máquina), biologismo (predominância da natureza biológica das doenças), individualismo, tecnificação, super especialização e ênfase na medicina curativa.

Franco (2003) define esse modelo como procedimento-centrado, isto é, modelo no qual o principal compromisso do ato de assistir à saúde é com a produção de procedimentos. Outras características que podem caracterizar o modelo citado acima é a ênfase nas práticas curativas, individuais, biologicistas, centradas nos procedimentos médicos e fragmentadas.

No final da década de 70, surge a proposta de reorganização da assistência a saúde, a partir da atenção primária, também chamada de Cuidados Primários de Saúde, que, como já foi dito anteriormente, teve o seu marco teórico consagrado na Conferência Internacional de Alma Ata em 1978.

O Movimento Sanitário e os novos atores que incorporaram o discurso desse movimento lutam pela implantação de um modelo antagônico ao modelo flexneriano e o médico assistencial privatista, de forma a materializar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

No interior do Ministério da Saúde, com alguns cargos ocupados pelos atores remanescentes do Movimento Sanitário, em um cenário de pressão dos gestores municipais pela renovação do modelo de atenção na Atenção Básica, começou-se a elaborar uma proposta de substituição do modelo de atenção vigente na Atenção Básica. Estava à frente do Ministério da Saúde o ministro Henrique Santillo<sup>40</sup>, que assumir o compromisso de buscar propostas que pudessem dar conta do 'vazio' (Azevedo Silva, 2000) do modelo de organização do SUS.

A proposta que saiu a época foi de atenção à saúde com foco na família e na comunidade, inspirado em experiências bem-sucedidas nacionalmente e internacionalmente e também, impulsionado com os resultados favoráveis do

---

40 Gestão Ministro de Estado da Saúde Henrique Santillo 1993 – 1995.

Programa Agentes Comunitários de Saúde implantado em algumas localidades do país. Surgiu então o Programa Saúde da Família (PSF) com a prerrogativa de fortalecer e organizar a Atenção Básica no SUS, introduzindo um novo modelo de atenção para substituir o modelo hospitalocêntrico.

Cabe aqui considerar o PSF como um modelo de atenção, já que ele se constitui em uma forma de organização dos serviços e se desenvolve a partir da concepção e dos determinantes de saúde e doença, de acordo com o conceito de modelo de atenção adotado nesta pesquisa. O modelo assistencial que o PSF busca consolidar é com base em ações de saúde desenvolvidas considerando todos os aspectos do território, com foco nas famílias, com uma postura pró-ativa na comunidade, desenvolvendo ações integradas com instituições e organizações sociais e sendo um espaço de construção de cidadania.

Os resultados das ações do PSF apontam avanços no sentido de implantação de um novo modelo, porém, um modelo ainda marginal, já que não está implantado em toda a rede básica de saúde, além de se deparar com uma série de problemas institucionais e estruturais que limitam a sua consolidação, a exemplo do perfil dos profissionais, insuficiência de recursos financeiros, gargalos nos outros níveis de atenção, dificuldade de articulação com outras políticas, entre outros.

Podemos dizer que o atual modelo que vem sendo proposto pelo Ministério da Saúde e defendido por alguns atores que almejam a consolidação do SUS, para a Atenção Básica, ainda não é hegemônico e luta para substituir o modelo ainda predominante no Brasil, que é o modelo médico-assistencial privatista e hospitalocêntrico.

Os desafios e avanços do PSF serão mais bem detalhados em capítulo posterior, que servirão para compreensão dos limites e contradições acerca do PSF, que se propõe com uma das estratégias políticas prioritárias para materialização dos princípios do SUS.

## CAPÍTULO VI

### ORÇAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA NO SUS

#### 6.1 Histórico e Evolução do Orçamento da Atenção Básica no SUS

Podemos dizer que o processo de mudança na Atenção Básica no SUS foi marcado pelo processo de municipalização das unidades de saúde, desencadeado pela Norma Operacional Básica (1993) - NOB/93<sup>41</sup> - instrumento jurídico institucional editado pelo Ministério da Saúde, que provocou alterações importantes na configuração do SUS e na política sanitária dos anos 90. Dentre as mudanças geradas, a NOB/93 redefinia os papéis dos entes governamentais – federal, estadual e municipal – instituía a execução do SUS descentralizada por níveis de gestão<sup>42</sup> e a transferência direta de recursos financeiros para os municípios e estados habilitados.

Em 1996, o Ministério da Saúde editou outra Norma Operacional Básica, a NOB/96, que substituiu a norma anterior e contribuiu decisivamente para o fortalecimento da Atenção Básica, criando o Piso de Atenção Básica (PAB) que teve a sua implantação adiada por dois anos, entrando em vigor efetivamente a partir de 1998<sup>43</sup>.

A criação do PAB foi fundamental para a indução da ampliação da Atenção Básica, instituindo repasses de recursos para Atenção Básica com base em critérios populacionais e suprimindo o pagamento por produção de serviços nesse nível. Dessa forma, gerou mais autonomia aos gestores municipais para desenvolver e custear as ações básicas de saúde, de acordo com a realidade e as necessidades locais.

---

41 NOB/93 - Norma Operacional Básica editada em 1993 pela Portaria MS nº545 de 20 de maio de 1993 – que criou as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, criou mecanismos de transferência de recursos financeiros fundo a fundo com base em diferentes níveis de gestão a que os estados e municípios poderiam se habilitar.

42 Níveis de Gestão: Gestão Incipiente: Os municípios assumem imediatamente ou gradativamente, de acordo com suas condições técnico-operacionais, a responsabilidade sobre a contratação e cadastramento dos prestadores; Gestão Parcial: o município deve se responsabilizar por todas as ações previstas na gestão incipiente, passando a receber mensalmente recursos financeiros correspondente à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município; e Gestão Semi-plena: o município assume a total responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços públicos e privados e o gerenciamento de toda rede pública existente no município, à exceção das unidades hospitalares de referência que estejam sob o controle estadual; assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilâncias epidemiológica e sanitárias e saúde do trabalhador em seu território.

43 Portaria 1.882/GM de 18 de dezembro de 1997 - Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição.

Além de conferir maior autonomia, o PAB possibilitou a introdução de diversos aspectos positivos na operacionalização do próprio SUS, como por exemplo: - aumento do montante de recursos federais transferidos aos municípios para o custeio das ações de Atenção Básica, especialmente para aqueles localizados nas regiões mais carentes de recursos; incentivo para o desenvolvimento de ações e procedimentos de atenção básica, com ênfase nos aspectos de prevenção de doenças e promoção da saúde; estímulo para reorganização da atenção básica nos municípios; adoção de uma visão mais federativa do processo de descentralização, uma vez que os recursos passaram a ser condicionados ao número de habitantes dos municípios; e indução gradativa da mudança do modelo assistencial, a partir do incentivo ao desenvolvimento de programas inovadores, como é o caso do Programa Saúde da Família (VIANA, 2008).

Para Draibe (2003), a forma de repasse financeiro criada com o Piso de Atenção Básica introduziu um mecanismo redistributivo, por meio da fixação de um piso mínimo nacional, definido um valor mínimo *per capita* por habitante/ano. Ou seja, na Atenção Básica substituiu-se o tradicional critério de oferta de serviços (repasse de recursos de acordo com o número de pessoas atendidas) pelo critério da demanda (repasse de acordo com o número de habitantes). Reforçou-se, desse modo, a redistributividade do gasto regional e entre municípios, aumentando os impactos financeiros do SUS nos municípios pobres e desprovidos de serviços, por isso mesmo não atendidos pelo critério anterior.

O PAB também agilizou o fluxo de recursos com a introdução da modalidade de repasse de recursos diretamente aos fundos de saúde municipais, eliminando trâmites burocráticos que pouco contribuía para a o desenvolvimento das ações de saúde.

Para Marques (2003), essa forma de repasse refletiu em um aumento dos recursos federais transferidos aos municípios, sendo que em 1993 essas transferências representavam apenas 1,7% da despesa do Ministério da Saúde, passando para 24% em 1998.

O montante de recursos federal repassados para a Atenção Básica, denominado PAB, deve ser destinado exclusivamente para custear as ações e serviços de saúde executados na Atenção Básica, de acordo com as diretrizes e

normas nacionais e coerentes com o Plano Municipal de Saúde. É importante observar que os recursos do PAB não substituem as fontes de recursos próprios que devem ser destinados à saúde pelos estados e municípios, constituindo dessa forma um financiamento tripartite para a saúde.

O PAB é constituído por dois componentes (PAB Fixo e PAB Variável) que exigem requisitos diferentes para o seu recebimento. O PAB fixo é transferido de forma automática e regular, de acordo com o número da população. É calculado pela multiplicação de um valor *per capita* nacional, entre R\$15,00 e R\$18,00, pela população do município<sup>44</sup>. O PAB variável<sup>45</sup> está condicionado a adesão dos municípios ou estados às estratégias e programas do Ministério da Saúde, como por exemplo, o Programa Saúde da Família, o Programa Agentes Comunitários de Saúde, recentemente os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), entre outros. Somando-se PAB fixo e Variável tem-se o Bloco da Atenção Básica no SUS, denominação recém criada com o Pacto pela Saúde em 2006.

Uma das intenções dessa nova forma de organizar os recursos federais (em Blocos de Financiamento) seria a de acabar com as muitas 'caixinhas' de recursos que o município recebe e dar mais autonomia para o gestor municipal executá-los, conforme suas necessidades e programações pactuadas no município. O que aconteceu com o Pacto pela Saúde foi apenas a redução das caixinhas e não a eliminação, além de os blocos de financiamento continuarem com suas divisões internamente.

O PAB variável pode ser interpretado como a forma de indução do Ministério da Saúde a política local adotada nos municípios, de modo que os que aderirem as estratégias nacionais recebem mais recursos federais. Aos municípios em que não é possível aderir às políticas e programas nacionais, por diversos motivos, terão que organizar as ações de Atenção Básica contando apenas com o recurso do PAB fixo, que é *per capita*. Pode-se dizer que, considerando a escassez de recursos sempre presente na área da saúde, a presença dos incentivos que acrescentam receita

---

44 Valor definido pela Portaria 2.133/GM de 11 de setembro de 2006. Atualmente vigora o valor mínimo de R\$15,00 por habitante/ano.

45 Piso de Atenção Básica Variável é constituído por recursos financeiros destinados a: Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, Compensação de Especificidades Regionais, Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas, Incentivo para a Atenção Básica à Saúde no Sistema Penitenciário, Incentivo de Atenção Básica Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei em regime de internação e internação provisória e outros.

financeira aos municípios é um grande atrativo para os municípios aderirem às estratégias nacionais.

Os dados apresentam um aumento de recursos federais transferidos para os municípios executarem as ações de Atenção Básica, passando de 15,68% em 1998, para 25,06%, em 2001. Contudo, se comparar com o total de recursos repassados pelo governo federal, esse percentual do ano de 2001, representa apenas 0,46 pontos percentuais<sup>46</sup>. Analisando os anos de 2005 e de 2006, podemos verificar que o total repassado pelo Ministério da Saúde para as ações de Média e Alta Complexidade ainda é bem superior ao total repassado para a Atenção Básica. Em 2005 foram 12,8 bilhões de reais para a Média e Alta complexidade e pouco mais de 6 bilhões para a Atenção Básica<sup>47</sup>. Em 2006, segue a mesma proporção, com 12,8 bilhões para a Média e Alta Complexidade e 6,7 bilhões para a Atenção Básica<sup>48</sup>.

Esses dados servem para ilustrar que ainda há um predomínio de investimento em ações de Alta e Média Complexidade quando comparado com a Atenção Básica. Isso reflete a contradição entre a prioridade que o Ministério da Saúde assume em discursos e documentos oficiais e o investimento de recursos financeiros.

Mesmo nos planos mais recentes, que reiteram a Atenção Básica como uma prioridade, ainda é possível verificar essa disparidade de valores de recursos destinados aos níveis de atenção do SUS. A exemplo do programa Mais Saúde: Direito de Todos, lançado em fevereiro de 2008, que define as grandes linhas da política nacional e vem com o propósito de provocar uma reorientação da política de saúde em busca de uma melhora significativa nas condições de saúde e qualidade de vida dos brasileiros. O total de recursos previstos para o programa nos anos de 2008-2011 é de R\$89,4 bilhões, sendo desse total 80,4 bilhões para o eixo Atenção à Saúde (em que estão inseridas as ações de Alta e Média Complexidade e de Atenção Básica), e dentro dos 80,4 bilhões, serão 26,4 bilhões para a Atenção

---

46 Rosa Maria Marques e Áquilas Mendes. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? (2003).

47 Fonte: Departamento de Informática do SUS – DATASUS – disponível em <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>. Acessado em 28 de setembro de 2008.

48 Fonte: Departamento de Informática do SUS – DATASUS – disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi>. Acessado em 28 de setembro de 2008.

Básica<sup>49</sup>. Ou seja, continua seguindo a mesma orientação financeira, de menos recursos para a Atenção Básica que para as ações dos outros níveis de atenção.

---

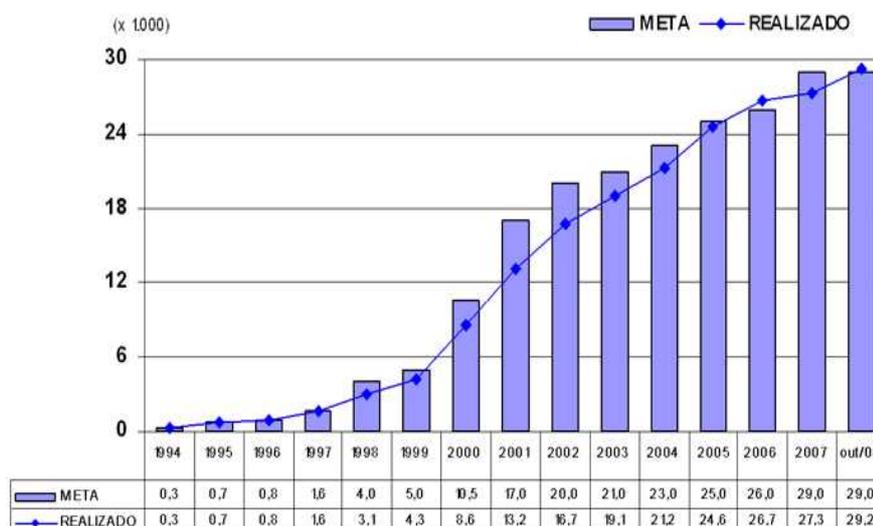
49 Ministério da Saúde. Mais Saúde: Direito de todos 2008-2011. 2ª ed., 2008. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs>. Acessado em 28 de setembro de 2008.

## 6.2 Indução Financeira e Equidade no financiamento da Atenção Básica

Enquanto o Ministério da Saúde, como gestor federal do SUS, não induzir a mudança de modelo assistencial, tanto por meio de financiamento adequado para a Atenção Básica, como por regulamentações e normas que indiquem o caminho para essa mudança, continuaremos com um sistema de saúde focado em ações especializadas e hospitalares, o que dificulta, ou torna praticamente impossível à materialização dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS.

O gráfico abaixo apresenta as metas anuais do Ministério da Saúde para o número de equipes de Saúde da Família e o número de equipes implantadas no país nesses mesmos anos. Destaca-se que nos 14 anos de existência do PSF (1994 a outubro de 2008) somente em 6 deles o país cumpriu com as metas estabelecidas (1994, 1995, 1996, 1997 e 2005), em todos os demais anos o número de equipes ficou aquém da meta estabelecida.

**Gráfico 1: Meta e Evolução do número de equipes de Saúde da Família implantadas. Brasil, 1994 – Outubro de 2008<sup>50</sup>.**



FONTE: SIMB - Sistema de Informação da Atenção Básica  
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Cabe também analisar nesse gráfico os anos em que teve uma maior expansão do número de equipes de PSF (entre 1994 e 1995; 1996 e 1997; 1997 e 1998; 1999 e 2000) e os anos em que tiveram mudanças significativas no

<sup>50</sup> Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#mapas> Acesso em 20 de novembro de 2008.

financiamento do programa, buscando relacionar a expansão do número de equipes com a indução financeira. Como mudanças significativas no financiamento nesse período podemos apontar o ano de 1998, quando entrou em vigor o Piso de Atenção Básica (PAB), em 2003 houve o aumento do PAB fixo de R\$10,00 para R\$13,00 e a inclusão da população assentada, em 2004 teve a portaria que aumentava em 50% os valores do PAB variável, incluindo alguns critérios como porte populacional, baixo IDH, população assentada e quilombola, em 2006 o PAB fixo aumentou para R\$15,00 e nesse mesmo ano foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica, que substituiu o repasse dos incentivos do PSF de cobertura populacional para duas modalidades de valores fixos.

De forma resumida, os anos em que houve expansão significativa do número de equipes de Saúde da Família foram 1995, 1997, 1998 e 2000. Os anos em que tiveram alteração no financiamento foram 1998, 2003, 2004 e 2006. Somente o ano de 1998 há coincidência entre a expansão de equipes e mudança do financiamento. Por essa análise, não podemos inferir que há uma relação direta entre esses dois fatores e não é possível concluir que há uma indução financeira do Ministério da Saúde para o aumento da cobertura do PSF.

Podemos também utilizar esse gráfico disponibilizado pelo Ministério da Saúde para questionar se as metas estabelecidas são somente para fins de controle financeiro, no sentido de programar os gastos anualmente, ou se servirão para racionalizar os recursos federais, impossibilitando expandir o número de equipes para além das metas. Nos 14 anos apresentados no gráfico acima, somente em 2006 e 2008 o número de equipes ultrapassou a meta.

É importante destacar que os resultados na Atenção Básica só serão favoráveis na materialização dos princípios do SUS, desde que os serviços de Atenção Básica sejam universais e não focalizado e que preze pela qualidade dos serviços, de modo que os resultados sejam medidos a partir da satisfação dos usuários e do impacto positivo nas condições de saúde da população. Para tanto, é imprescindível garantir a integralidade nos serviços e ações de saúde, provocando mudanças na produção do cuidado a partir da rede básica, trazendo reflexos para os outros níveis, como a atenção secundária, a atenção às urgências e a atenção hospitalar. Enquanto não houver uma Atenção Básica universal e resolutiva, as

peças não sabem para onde ir e a quem recorrer quando ficam doentes, com isso, a pressão nos hospitais, principalmente as unidades de pronto-atendimento, é muito grande.

A maior resolutividade da assistência prestada nas Unidades Básicas de Saúde poderá reduzir a demanda por consultas e exames especializados desnecessários, principalmente os de maior complexidade, reservando os recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários. Segundo Franco e Magalhães (2003), parte dos encaminhamentos feitos por médicos da rede básica a especialistas não esgotam todos os recursos assistenciais disponíveis na Unidade Básica.

A resolutividade não diz respeito somente à lógica de racionalização dos gastos, mas também revela o modo de operar o trabalho em saúde, a solidariedade com o serviço e responsabilização no cuidado ao usuário. Para Franco e Magalhães (2003), fazer encaminhamentos sem ter esgotado as possibilidades diagnósticas na rede básica, sem as informações necessárias sobre o quadro mórbido, contribui para o exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica como o exercício ampliado de múltiplos profissionais, em relação entre si e com o usuário.

Segundo Boschetti (2007), estamos vivendo em um período de retomada dos valores liberais, de responsabilização individual pela condição de pobreza, o que alimenta as justificativas de defesa de políticas sociais focalizadas. Outro aspecto que caracteriza o liberalismo é a constante luta pela contenção de despesas ou racionalização dos gastos, em uma lógica puramente econômica, sem considerar as políticas sociais como necessárias à concretização dos direitos sociais. Portanto, a discussão dos gastos em saúde deve ser realizada tendo como parâmetro a cidadania.

Em termos de equidade aplicada no financiamento federal da Atenção Básica, Solla (2007) acredita que o financiamento federal contribuiu para uma alocação equitativa de recursos, contemplando a necessidade de discriminar positivamente municípios com maiores necessidades de aporte para viabilizar a oferta de atenção à saúde em seu território. A equidade, nesse caso, seria para tentar minimizar a desigualdade entre os municípios na geração de receitas próprias, diante da menor

capacidade instalada de serviços e no custeio dos profissionais, que acaba sendo maior em municípios pequenos e localizados em áreas de mais difícil acesso.

O Ministério da Saúde estabeleceu, a partir de 2003, uma estratégia de correção progressiva do PAB fixo, inicialmente aumentando seu valor mínimo de R\$ 10,00 (habitante/ano) para R\$ 13,00, com metas de R\$ 15,00 para o segundo semestre de 2005 e de R\$ 18,00 para o segundo semestre de 2006. O aumento para R\$ 15,00 foi operacionalizado em setembro de 2006<sup>51</sup>.

Outra medida que caminha em direção a distribuição eqüitativa dos recursos federais entre os municípios foi à incorporação da população assentada entre os anos de 2000 e 2003<sup>52</sup> na base de cálculo para o PAB fixo e a portaria que estabeleceu um adicional de 50% no valor dos incentivos para custeio Saúde da Família e Saúde Bucal (PAB variável) para municípios com menos de 30.000 habitantes (menos de 50.000 na Amazônia Legal) e com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) menor ou igual a 0,7 e às equipes que atuam em áreas de assentamentos e de quilombolas em municípios que não se enquadravam nos critérios anteriores<sup>53</sup>.

Essas portarias foram revogadas, mas os critérios definidos em cada uma delas continuam mantidos, só que agora estão reunidos na Política Nacional de Atenção Básica regulamentada em 2006.

Solla (2007) destaca que pela primeira vez foram empregados indicadores de condições sociais como critério para diferenciar os repasses federais aos municípios para financiamento da Atenção Básica no SUS. Tais medidas beneficiaram mais de 3 mil municípios, cerca de 50% do total de municípios.

A Política Nacional de Atenção Básica também alterou os valores de incentivos para a Saúde da Família. O pagamento antes era feito com base na cobertura populacional das equipes – quanto maior a cobertura, maior o valor do incentivo federal para o PSF – a partir de 2006, os valores passaram a ser fixos, sendo R\$8.100 por equipe em município com baixo IDH e por equipe que

---

51 Portaria Nº 2.133, de 11 de setembro de 2006. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica - PAB, para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos municípios e ao Distrito Federal, e divulga os valores anual-mensais da parte fixa do PAB, por município e Distrito Federal.

52 Incluir, na base de cálculo do valor do Piso de Atenção Básica (PAB - fixo) e do Piso de Atenção Básica Ampliado (PABA), a população assentada entre os anos 2000 a 2003, após o Censo IBGE 2000 - Revogada pela Portaria nº648/GM de 28 março de 2006.

53 Portaria nº 1.434/GM de 14 de julho de 2004. Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, e dá outras providências - Revogada pela Portaria nº648/GM de 28 março de 2006.

acompanha população assentada e população quilombola<sup>54</sup> e para os demais municípios e equipes do Brasil R\$5.400. Além desse incentivo federal para equipe de Saúde da Família, tem incentivo para equipes de Saúde Bucal, nos valores de R\$1.700,00 e 2.200,00, conforme a composição da equipe e os incentivos para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) calculado com base no número de ACS implantado no município, sendo repassado 13 parcelas por ano<sup>55</sup>.

Outros recursos vieram para incorporar o montante de recursos federais repassados aos municípios referentes ao PAB variável, como o incentivo para Compensação das Especificidades Regionais criado em 2007, que se constitui em recursos financeiros para atender às especificidades regionais e/ou municipais de cada estado, a exemplo de sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, entre outros<sup>56</sup>. E os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) que destina incentivo financeiro para o município ampliar a gama de profissionais que atuam na Atenção Básica – podendo contratar fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, entre outros<sup>57</sup>.

### **6.3 Financiamento Tripartite na Atenção Básica**

Para assegurar que o financiamento na Atenção Básica caminhe para um patamar mais próximo do adequado, é necessário, primordialmente que ele seja constituído de forma tripartite, constituído com recursos da União, do Estado e do Município. São somente 11 dos 27 estados da federação que investem recursos públicos na Atenção Básica<sup>58</sup>, ficando os municípios dos 16 estados tendo que arcar com os serviços de Atenção Básica contando apenas com os incentivos federais e os recursos próprios. A insuficiência de recursos e a não priorização da Atenção Básica para os investimentos estaduais em saúde contribui para o enfraquecimento da Atenção Básica e o prejuízo da população que não pode contar com uma assistência digna em seu município.

---

54 Portaria nº 822/GM de 17 de abril de 2006. Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica. A população assentada e quilombola foi atualizada pela Portaria nº90 de 17 de janeiro de 2008.

55 Portaria nº 1.234/GM de 19 de junho de 2008. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde - ACS.

56 Portaria nº 1.624/GM de 10 de julho de 2007. Regulamenta, para o ano de 2007, a transferência dos incentivos financeiros referentes à Compensação de Especificidades Regionais - CER, componente da parte variável do Piso da Atenção Básica.

57 Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008 (república em 04 de março de 2008). Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

58 Fonte: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS). Coleção Progestores vol 8, 2007. Disponível em: <http://www.conass.org.br>. Acesso em outubro de 2007.

Reverendo o histórico do percentual mínimo e aplicado pelos estados, de acordo com a Emenda Constitucional nº29, entre 2004 e 2007, tem-se que no ano de 2004 - 18 estados aplicaram o percentual mínimo, em 2005 -19 estados, em 2006 - 20 estados e 2007 - 21 estados<sup>59</sup>. Esses dados sugerem que, apesar de em todos esses anos mais de 50% dos estados cumprirem o percentual mínimo de gastos com saúde que prevê a EC nº29, esses recursos não estão sendo priorizados para a Atenção Básica, como recomendam as diretrizes nacionais e as regras do financiamento tripartite.

Já os recursos da União vêm apresentando crescimentos, especialmente o PAB variável, que aumentou de 1,7 bilhões em 2003 para 3,9 bilhões em 2007. O PAB fixo apesar de também aumentar – ampliou de 1,8 bilhões em 2003 para 2,8 bilhões em 2007 – apresentou uma diferença menos acentuada que o PAB variável. Somando-se os componentes fixo e variável, tem-se que a aplicação *per capita* do PAB no ano de 2007 foi de 33,62 reais. No ano de 2003, o valor *per capita* repassado total foi de 20,55 reais – conforme tabela abaixo.

**Tabela 2: Evolução dos recursos financeiros (R\$) repassados pela União referentes ao Piso da Atenção Básica (PAB Fixo e PAB Variável), Brasil no período de 2003 a 2007.**

Ano	Brasil		
	PAB Fixo	PAB Variável	Per Capita
2003	1.889.362.825,25	1.707.447.723,90	20,55
2004	2.129.298.533,05	2.250.530.899,00	24,51
2005	2.330.975.625,24	2.779.137.280,50	28,28
2006	2.335.411.233,40	3.442.636.908,00	31,95
2007	2.867.975.183,43	3.919.601.508,00	33,62

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)/ Ministério da Saúde.

A partir desses resultados pode-se constatar que há um baixo investimento federal na Atenção Básica, sendo que em todos esses anos (2003 a 2007) os valores *per capita* variaram pouco, com variações ainda menores entre os anos de 2005 a

59 Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde –SIOPS - disponível em: <http://siops.datasus.gov.br> Acesso em 19 novembro de 2008.

2006 e de 2006 a 2007. Se dividirmos o valor *per capita* pelo número de dias do ano, esses valores passam a ser irrisórios, especialmente num país com condições desiguais como o Brasil.

Além dos incentivos federais e do repasse que deveria existir dos estados, o município deve arcar com as despesas geradas nos serviços de Atenção Básica, como por exemplo, a contratação de profissionais, a estrutura física da rede, a compra de equipamentos e medicamentos, entre outras. O total investido pelos municípios para a Atenção Básica varia de município a município. O que recomenda a EC nº29 é que seja destinado, pelo menos 15% da arrecadação dos impostos dos municípios e do Distrito Federal, em ações e serviços de saúde, sem estipular um percentual para cada nível de atenção.

Diversos fatores estão relacionados com a determinação do montante de recursos próprios dos municípios a serem aplicados na saúde. De forma geral, essa determinação tem a ver com as diretrizes, os objetivos e as prioridades definidas no Plano Municipal de Saúde, que constitui o documento formal da política de saúde no município, e com os programas e as ações incluídas no Plano Plurianual (PPA) de cada município (VIANA, 2008).

A opinião dos gestores municipais entrevistados em Viana (2008), a respeito da compatibilidade entre o montante de recursos próprios aplicados na saúde e a capacidade fiscal do município, é a de que há pouco espaço para que o município aumente essa participação. De um lado, os gestores destacaram que a capacidade de arrecadação fiscal dos municípios encontra-se praticamente no limite, com pouca possibilidade de aumento, inclusive em virtude do tamanho da economia informal, que não recolhe tributos e da sonegação fiscal; de outro, sublinharam que direcionar mais recursos próprios para a saúde significa retirar recursos de outras áreas que são igualmente importantes para o desenvolvimento do município. Mencionaram também, a necessidade de aperfeiçoar a administração do gasto em saúde, para que os recursos disponíveis possam produzir mais resultados.

Tomando como referência os dados sobre a aplicação de recursos próprios dos municípios em ações e serviços públicos de saúde para o ano de 2006, podemos evidenciar que os municípios do Estado do Ceará investiram em média 80 reais por habitante, em São Paulo foram 183 reais, no Rio Grande do Sul 131 reais, em Goiás 104 reais e em Rondônia 93 reais (arredondando os valores e tomando como

exemplo um Estado por região do país). Nos municípios dos mesmos estados, a União aplicou no Estado do Ceará 143 reais, em São Paulo 151 reais, no Rio Grande do Sul 188 reais, em Goiás 136 reais e em Rondônia 124 reais, por habitante. Com exceção dos municípios do Estado de São Paulo, nos outros quatro estados os recursos aplicados pela União foram superiores aos recursos aplicados pelos municípios<sup>60</sup>.

Não há disponibilizado nos bancos de dados oficiais do Ministério da Saúde o total de recursos dos municípios que são destinados às ações e serviços da Atenção Básica. Somente para o ano de 2008 é que foi elaborado um indicador no Pacto pela Saúde que é o – Recursos financeiros (em reais) próprio dispendido na Atenção Básica<sup>61</sup> – porém, os resultados alcançados pelos municípios para esse indicador só serão avaliados e divulgados em 2009.

Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), os resultados indicam que o custo do Programa de Saúde da Família é cerca de R\$ 5,00 por mês por pessoa assistida por uma equipe básica, o que corresponde a um custo de R\$ 18 mil por mês para a equipe. O incentivo repassado pelo Ministério da Saúde para o custeio dessa equipe é R\$5.400,00 ou R\$8.100,00, ou seja, cobre cerca de 30 a 45% do custo mensal da equipe. O restante deverá ser financiado pelo município com a contrapartida estadual.

Em municípios em que o volume de arrecadação de impostos é pequeno e não há, ou é insuficiente o repasse estadual, só resta contar com os incentivos federais para organizar e custear a rede de serviços básicos de saúde. Esses municípios, muitas vezes aderem às estratégias nacionais não devido ao apelo das propostas, mais sim, como fonte de aumentar os recursos. Essa indução pode ser importante para a homogeneização das políticas e a adesão às estratégias

---

60 Dados sobre a aplicação de recursos próprios da União, dos Estados e dos Municípios em Ações e Serviços Públicos de Saúde para o ano de 2006. Os dados da União foram fornecidos pela Secretaria Planejamento e Orçamento -SPO / Secretaria Executiva / Ministério da Saúde e foram regionalizados por UF. O gasto estadual tem como fonte os dados da análise dos Balanços Estaduais efetuada pela equipe responsável pelo SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - o gasto municipal foi obtido a partir das informações transmitidas pelos municípios ao banco de dados do SIOPS. Por esses dados não é possível discriminar por tipo de despesa, ou seja, são investimentos em ações e serviços de saúde. Disponível em <http://siops.datasus.gov.br>. Acesso em 19 de novembro de 2008.

61 Portaria nº. 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008 - Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.

cientificamente comprovada como mais eficientes, mas fere a autonomia dos municípios na organização dos serviços de acordo com necessidades locais.

A universalização e qualificação dos serviços de Atenção Básica não pode ser pautada pela discussão orçamentária e avaliada somente na perspectiva do gasto em saúde. É um dos fatores fundamentais, mas não o único, na discussão de materialização de uma política social. As discussões sobre direitos sociais reafirmam que direitos são inegociáveis, portanto, quando se trata de concretizá-los, a restrição financeira, a redução drástica dos gastos em saúde, contribuem para o não cumprimento dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS.

## **CAPÍTULO VII**

### **CONTEXTO POLÍTICO-INSTITUCIONAL DE SURGIMENTO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

#### **7.1 Dimensão Política e Institucional**

O Programa Saúde da Família surgiu em meados da década de 1990, como uma proposta do Ministério da Saúde para reorganizar o modo de prestar assistência aos usuários nos serviços de saúde da rede de Atenção Básica do SUS.

Podemos apontar o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantado em 1991, como um modelo precursor e incentivador do PSF. O PACS estava produzindo bons resultados na saúde, mas se limitava às orientações e alguns cuidados produzidos por pessoas da própria comunidade que haviam sido treinadas. A Atenção Básica precisava avançar ainda mais e estruturar os serviços incorporando profissionais de saúde, alinhados com o trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários. Essa foi a ocasião para desencadear as discussões em torno de uma proposta que qualificasse e ampliasse o PACS e fortalecesse a Atenção Básica no SUS.

O contexto político-institucional de implantação do PSF em 1993, foi no Governo Itamar Franco, com Henrique Santillo como Ministro da Saúde. Para Azevedo Silva (2003), a saúde vivia um período de crise que se manifestava em quatro dimensões principais: iniquidade, ineficiência, ineficácia e insatisfação dos cidadãos. Além do processo de municipalização que vinha sendo desencadeado, fazendo com que os secretários municipais de saúde cobrassem aumento do repasse financeiro e propostas políticas para a execução dos serviços de Atenção Básica.

Para dar resposta às demandas dos secretários municipais de saúde e propor um modelo de atenção adequado para a Atenção Básica, o Ministério da Saúde, incentivado por atores-chave, alguns deles remanescentes do Movimento Sanitário, organizou reuniões para elaboração de uma proposta, incluindo alguns secretários municipais e estaduais de saúde, técnicos do Ministério da Saúde, consultores externos de estados e municípios e representante do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Como produto final dessas reuniões, emergiu a proposta do

Programa Saúde da Família, que seria a porta de entrada do sistema local de saúde, com a função de reorientar as ações básicas no primeiro nível de atenção do SUS, numa lógica de substituição das práticas tradicionais.

As práticas tradicionais que o PSF visa substituir são baseadas no modelo assistencial hospitalocêntrico, ou seja, com ênfase na tecnologia em detrimento do vínculo e da relação profissional-usuário, ausência de responsabilização dos profissionais, práticas curativas, que não valorizam os determinantes sociais, centradas no cuidado essencialmente médico, valorizando a super especialização dos profissionais, formados em ambiente hospitalar. Esse modelo, como já citado em capítulo anterior, privilegia os interesses privados, na medida em que estimula a prática prescritiva, tanto de exames especializados quanto de medicamentos, indiscriminadamente.

Em oposição a esse modelo tradicional, o PSF viria como uma proposta de modelo de atenção calcado nos princípios de territorialização, cuidado com foco na família, vinculação com a população, garantia de integralidade na atenção, trabalho em equipe com enfoque interdisciplinar, ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade.

A proposta do PSF foi elaborada em 1993, mas foi oficialmente implantada em alguns municípios somente em 1994. Cabe destacar os marcos da trajetória histórica inicial do PSF, no intuito de relacionar os diversos elementos do contexto político com os processos normativos do programa. O efeito que se espera aqui é de criar uma sinopse, mesmo sem aprofundamento, para ajudar na compreensão do momento de criação do PSF.

Até 1993, assistíamos à dicotomia Inamps-Ministério da Saúde, o SUS, em seus primeiros movimentos e a luta para a aprovação das leis orgânicas da saúde – 8.080 e meses depois a 8.142 – a realização da IX Conferência Nacional de Saúde e o impeachment de Fernando Collor de Melo. Em 1993, Itamar Franco assume a Presidência da República e Jamil Hadad como Ministro da Saúde. Nessa ocasião foi editada a NOB 93 com o seguinte lema - “A ousadia de cumprir a lei” - e foram criadas as transferências fundo a fundo e o financiamento via convencional do PACS. Em 1994, assume o Ministério da Saúde Henrique Santillo, ainda no Governo Itamar Franco, houve o início do Plano Real e a utilização do Mapa da Fome como indicativo

de ação do governo. Nesse mesmo ano teve o lançamento oficial do PSF e as transferências de recursos ao PSF e PACS via convênio.

Em função da limitação de recursos financeiros, o Ministério da Saúde optou por iniciar a implantação do programa priorizando as áreas mais desassistidas, consideradas de exclusão social, com o intuito de superar as iniquidades. As áreas prioritárias para o início da implantação do programa seriam as áreas de risco do país, utilizando como critério de seleção o Mapa da Fome do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA).

## **7.2 Proposta inicial e formato atual do Programa Saúde da Família**

O formato com que o PSF está implantado hoje e como ele iniciou em 1994 são diferentes, em especial quanto ao status de programa via convenial, com formato e composição da equipe diferente da atual e com parâmetros de cobertura baseado no número de família e não por população.

O financiamento do programa inicialmente era por meio de convênio, celebrado entre o Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde e as Prefeituras Municipais que aderissem ao programa, as quais recebiam recursos para despesas de custeio e investimento, correspondentes aos dois primeiros meses de implantação. Exigia-se do município a comprovação da existência e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e Fundo Municipal de Saúde. Para as secretarias estaduais de saúde, com as quais o ministério também celebrava convênio, o recurso destinava-se ao apoio das atividades a serem realizadas pela coordenação estadual na implantação/implementação do programa. Em seguida, foram criados os códigos diferenciados na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) onde o gestor municipal passou a dispor de recursos repassados em função das atividades produzidas pelas equipes. O recurso destinado ao PSF passou então a ser calculado de acordo com a quantidade de procedimentos ambulatoriais realizados pelas equipes.

As equipes do PSF eram responsáveis pelo acompanhamento de 1000 famílias, presentes no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde. A Unidade de Saúde da Família constituía e ainda constitui o local de atuação do PSF, mediante a atuação de uma equipe composta, no mínimo, por um médico, um

enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Só mais tarde, em 2001, é que surgiu financiamento para as equipes de Saúde Bucal, com dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental.

Ao final do primeiro ano de implantação (1994), o PSF estava presente em 55 municípios brasileiros, com um total de 328 equipes de Saúde da Família.

Hoje, o contexto institucional do PSF apresenta algumas mudanças se comparado ao período de implantação inicial. Já não se trabalha mais com número de famílias acompanhadas e sim, número de pessoas, sendo que cada equipe deve responsabilizar-se por uma área com 4.000 pessoas no máximo, ou 3.000 em média. O financiamento é por meio de duas modalidades, de acordo com critérios de equidade definidos, já citados em capítulo anterior – R\$5.400,00 ou R\$8.100,00, mensal por equipe de Saúde da Família, mais R\$20.000,00 que é o incentivo implantação e R\$532,00 mensais por ACS. O incentivo de Saúde Bucal é repassado separadamente, sendo R\$1.700,00 ou R\$2.200,00 mensais, conforme a composição da equipe, mais R\$6.000,00 de incentivo implantação. O financiamento não está mais vinculado a formalização de convênio, nem a produção de procedimentos e nem por parâmetros de cobertura populacional.

O PSF apresenta mudanças significativas em termos de regulamentação e financiamento desde os seus 15 anos de criação. A Política Nacional de Atenção Básica, assim como outros documentos oficiais, como o Pacto pela Saúde e o Programa Mais Saúde, reafirmam institucionalmente que o PSF é uma estratégia prioritária para o desenvolvimento das ações básicas de saúde no SUS.

Aqui cabe destacar que, apesar de o documento oficial vigente que regulamenta o PSF – a Política Nacional de Atenção Básica – o considerar como estratégia, com a intenção de superar a idéia de um programa que tem início, meio e fim, no decorrer desta pesquisa o PSF é denominado como programa, mas não remetendo ao conceito de um programa temporário e sim como uma estratégia política. A opção em continuar utilizando a sigla PSF é por acreditar que já se tornou conhecida e pode facilitar a leitura.

Quanto ao financiamento, além dos aumentos progressivos, as mudanças na forma de repasse, superando a lógica de pagamento por produção, de celebração de

convênio e de pagamento por percentual de cobertura populacional, proporcionou uma forma de pagamento mais igualitária, na medida em que, independente da cobertura populacional, todas as equipes recebem o mesmo quantitativo, diminuiu a burocracia e a vulnerabilidade dos convênios e manteve valores diferenciais por critérios de equidade (IDH baixo, população quilombola e assentada).

Para Draibe (2003) o PSF foi provavelmente a mais forte inovação programática e de concepção, que veio englobar e ampliar um programa ainda incipiente como o PACS. As implicações do PSF são mais gerais que o PACS, pois, além do reforço das ações básicas e da focalização nas famílias e áreas mais carentes, teve efeitos institucionais importantes como a mudança do modelo assistencial, em certa medida, e a introdução de dois novos princípios ordenadores da atenção primária: a adscrição territorial da clientela e a unidade familiar como unidade de referência.

### **7.3 Polêmicas em torno do Programa Saúde da Família**

Ainda hoje persiste uma polêmica em torno da concepção e do que inspirou a criação do PSF. Há um dualismo de opiniões, se o PSF vem ao encontro de estratégias recomendadas pelas agências multilaterais de financiamento para a Atenção Primária, que são vistas como 'pacotes básicos' de atenção médica para pobres (RIZZOTTO, 2001), ou se é uma proposta que reorientará a Atenção Básica, para que os serviços sejam compatíveis com os princípios e diretrizes do SUS.

Talvez essa visão pragmática, de que o PSF é mais um programa verticalizado, focalizador, criado somente com um intuito de ser um pacote de serviços básicos para atender as recomendações internacionais, tenha origem na sua concepção, que a época recebeu incentivo financeiro do Banco Mundial e apoio da Unicef para sua implantação, além das restrições financeiras, que obrigaram o país a elencar áreas prioritárias para a sua implantação. Outra inquietação, diz respeito ao próprio conceito de Atenção Primária, que pode ser compreendido desde cuidados simples, básicos, de pouca complexidade, como de uma forma mais ampliada, levando em conta toda a complexidade envolvida no território de atuação e no papel que a atenção primária deve desempenhar como coordenadora do acesso aos outros níveis do sistema, constituindo uma rede integrada de saúde.

As três interpretações sobre Atenção Primária à Saúde, de acordo com Viana (2008) e Starfield (2004) são:

1. Atenção primária à saúde como atenção primária seletiva - programa específico destinado a populações e regiões pobres, às quais se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência em nível de atenção de maior densidade tecnológica;

2. Atenção primária à saúde como o nível primário do sistema de serviços de saúde - modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde e orientando-os, de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível;

3. Atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de saúde - como uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da atenção primária à saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde.

Os documentos oficiais que regulamentam o PSF o consideram como uma estratégia política dentro da concepção ampliada de atenção primária, que prevê um caminho potencial para a reorganização do sistema, de forma a se constituir parte de uma rede integrada de serviços de saúde. Podemos identificar uma aproximação teórica entre a definição de Atenção Básica e o objetivo que cabe ao PSF, com a terceira interpretação de Atenção Primária baseadas nas propostas de Viana (2008) e Starfield (2004).

Porém, as formas de implementação e execução do PSF são diversas, refletindo a realidade dos municípios brasileiros que são diferentes e o formato como são executadas localmente as políticas nacionais, que nem sempre seguem o padrão rígido das normas nacionais. Dessa forma, podemos afirmar que há um *mix* dos três conceitos de atenção primária descritos acima no PSF, sendo que o financiamento da

Atenção Básica, analisado em capítulo anterior, não é compatível com a prerrogativa de implementar a APS de forma ampliada pelo PSF, além de outros problemas de caráter estrutural e institucional que o cercam.

Ações importantes vêm sendo desenvolvidas em âmbito federal, em termos de regulamentação, aumento de financiamento, apoio técnico, investimentos em qualificação e também nos municípios, apresentando experiências locais bem-sucedidas<sup>62</sup>, que comprovam que o PSF, se implantado seguindo as suas normas e diretrizes, traz bons resultados em saúde. Hoje é possível dizer que há uma grande disseminação do programa pelo país, com a expansão do número de equipes de Saúde da Família, saltando de pouco mais de 300 equipes em 1994 para mais de 28 mil em 2008, estando presentes em 5.218 municípios brasileiros<sup>63</sup>.

Atualmente a sua cobertura populacional, de acordo com os parâmetros de cobertura definidos na Política Nacional de Atenção Básica, é de 48,8% da população brasileira<sup>64</sup>. Essa cobertura demonstra que o PSF ainda não é uma política universal, característica que é incompatível com o conceito ampliado de Atenção Primária, que prevê serviços universais com capacidade para organização do sistema de serviços de saúde.

Outra questão que envolve a dimensão institucional do PSF são os pontos de divergência que podem existir entre o programa formulado nacionalmente e a forma com que é implementado nos municípios. Ao gestor federal, que é o Ministério da Saúde, não cabe apenas a ação de formular e ao município executar o programa, trata-se de um processo de co-gestão, que se encaixa no modelo organizacional do SUS, em que tanto município, como Estado e União dividem a responsabilidade sanitária pela Atenção Básica no país. Portanto, o que é executado no município, com o suporte técnico e financeiro do Estado, deverá ser usado para formular e reformular as políticas nacionais e o aporte de recursos financeiros destinados a execução.

Para Goulart (2002), trata-se de um complexo de interações que inclui formulação-implementação-avaliação-reformulação, nem sempre necessariamente nessa ordem e com conexões importantes entre si. Ao gestor federal cabe, sem

---

62 Em GOULART (2002) é possível conhecer a análise das experiências de em Contagem, Curitiba, Ibiá, Niterói, Vitória da Conquista e Porto Alegre.

63 Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab> \_ dados agosto de 2008. Acessado em 20 de novembro de 2008.

64 Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab> \_ dados de agosto de 2008. Acessado em 20 de novembro de 2008.

dúvida, a ação de formular, mas ao mesmo tempo está imerso em processos de implementação, recebendo permanentemente retro-alimentação dos níveis locais. Ao mesmo tempo, aos gestores locais cabe implementar, mas têm de estar atentos o tempo todo às nuances da dinâmica e do câmbio permanente da realidade local.

Apesar do recebimento do recurso financeiro do PSF pelo município estar condicionado ao cumprimento das normas e diretrizes nacionais, existem divergências entre a política nacional e a implementação local, já que sofrem a influência de fatores de natureza política, institucional, cultural, conjuntural, entre outras, o que dificulta que as ações e políticas governamentais obedeçam rigorosamente ao roteiro traçado nacionalmente.

O PSF é rigoroso em alguns aspectos, os quais considera estruturantes para o programa, como a carga-horária dos profissionais (40 horas semanais), a composição mínima da equipe (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde), o número máximo de pessoas acompanhadas pelas equipes (4 mil pessoas), a existência de uma Unidade Básica de Saúde e de um Conselho Municipal de Saúde. O acompanhamento disso é por meio dos sistemas de informação, mas que nem sempre são precisos na fiscalização do cumprimento dessas normas.

Em outros aspectos, porém, o PSF deixa com que prevaleça a autonomia da esfera municipal, deixando a cargo do município a contratação e forma de vínculo dos profissionais e os custos com a manutenção do programa. A dúvida é se isso é promoção de autonomia ou desresponsabilização com a Atenção Básica?

O formato jurídico e organizacional do SUS prevê autonomia das três esferas e as competências que cada uma deve assumir, com o propósito único e exclusivo de materializar os princípios do SUS. Mas, considerando as condições desiguais entre os municípios brasileiros, seria no mínimo inocente achar que municípios do interior da região Norte do país, teriam as mesmas condições de fixar um profissional que uma capital brasileira com índices elevados de qualidade de vida. Há que se estabelecer regras nacionais sim, para equilibrar essas desigualdades que refletem nas condições desiguais de saúde da população, porém essas regras devem contemplar as diferenças e especificidades locais e regionais.

Ainda em relação as polêmica em torno do PSF, podemos citar o conceito de família adotado pelo programa. O PSF traz em seus documentos a intenção de mudar o foco de atenção do indivíduo para a família, porém não está explícito nos documentos oficiais o conceito de família que deverá ser adotado. Por outro lado, está institucionalizado como um dos princípios do programa a postura pró-ativa das equipes e a responsabilização sanitária pelas famílias presentes nos territórios. Dessa forma, questiona-se aqui se as equipes do PSF estão preparadas para se defrontar com as mudanças que vem ocorrendo nas estruturas familiares.

Para Sunkel (2006), um dos problemas atuais das políticas públicas destinadas à atenção às famílias é a noção de família que permeia os programas sociais. Geralmente esses programas continuam atuando na perspectiva da família nuclear e as rápidas transformações nas estruturas familiares têm levantado uma série de demandas, que a rigidez das definições não permite dar respostas. As normas que regulamentam os programas sociais estão baseadas em uma exigência de relações familiares formalmente estabelecidas, o que resulta em discriminação para quem optar por outros arranjos familiares.

A falta de uma definição ou um posicionamento do Ministério da Saúde diante do conceito de família a ser adotado pelo PSF, pode provocar distorções na atuação dos profissionais, como a ausência de respostas que correspondam às reais necessidades das famílias e eventuais ações discriminatórias.

#### **7.4 Estratégia de Expansão do Programa Saúde da Família**

Uma das estratégias nacionalmente utilizada para expandir e qualificar o PSF vem sendo o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), um projeto do Ministério da Saúde iniciado em 2003, que tem o apoio do Banco Interamericano para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) uma das instituições do Banco Mundial (BM). O foco é a implantação e consolidação do PSF nos grandes centros urbanos (municípios com mais de 100 mil habitantes), considerando que são áreas de maior concentração populacional, onde as heterogeneidades das condições econômico-sociais se desdobram em dificuldades em expandir o PSF. Mediante a adesão dos municípios ao PROESF, são viabilizados recursos financeiros para estruturação das equipes e unidade de saúde, com proposta de cooperação técnica

na execução desses recursos e cumprimento de metas pactuadas entre Banco Mundial, Ministério da Saúde, estados e municípios participantes.

Para autores como (MATTOS, 2001; RIZZOTTO, 2001) as agências internacionais como o Banco Mundial enfatizam a oferta de idéias sobre quais seriam as políticas mais adequadas para os países em desenvolvimento, apresentando um conjunto de sugestões sobre as reformas do sistema de saúde e das atribuições dos governos nesse setor, que teriam como objetivo contribuir para a concretização de uma “contra-reforma” no SUS, no sentido de restringir os direitos sociais consagrados na Constituição de 1988.

Sem pretender fazer uma análise mais aprofundada do que significa esse acordo de empréstimo com o Banco Mundial, podemos afirmar que não há um alinhamento e aceitação incondicional das propostas do Banco Mundial pelo Ministério da Saúde, porém, algumas imposições são aceitas, já que são condicionantes para a viabilização do empréstimo. Essas imposições têm sido avaliadas pelo Ministério da Saúde, com o intuito de identificar se são cabíveis à realidade do país e à proposta de expansão e qualificação da Atenção Básica. O lado negativo é que, para conseguir respaldo político e aprovação dos empréstimos internacionais, o governo tem que mostrar que as políticas de saúde se aproximam das diretrizes gerais preconizadas pelos organismos internacionais, as quais configuram o quadro de desenvolvimento do capitalismo internacional.

O recurso do PROESF já fez com que alguns processos favoráveis ao desenvolvimento do PSF fossem desencadeados, a exemplo dos estudos que avaliam a implantação e a consolidação do PSF no país, da viabilização de recursos para a estruturação do programa no país, como a compra de equipamentos, construção de unidades de saúde, aquisição de veículos e do processo de monitoramento e avaliação realizado em âmbito nacional aos municípios e estados participantes.

O que faz com que o PROESF se torne polêmico é que os recursos financiados por ele e os processo de acompanhamento do desempenho do PSF, que são tão estruturantes para a consolidação do programa no país, deveriam ser institucionalizados e financiados com recursos próprios do SUS, proporcionando a inclusão de todos os municípios do país, de forma permanente, ao invés de um

projeto com data limite para finalizar e dependente de recursos externos para se desenvolver.

## **CAPÍTULO VIII**

### **PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA – LIMITES E POTENCIALIDADES**

#### **8.1 Potencialidades do Programa Saúde da Família**

Inicialmente serão abordados os avanços e impactos positivos observados com a implantação do PSF no país, que se caracterizam como as suas potencialidades no sentido de materialização do SUS. O PSF pode ser considerado como uma estratégia política que vem introduzindo mudanças necessárias no sistema de saúde, como as alterações provocadas nas modalidades de alocação de recursos e de remuneração, e com potencial para reversão do modelo de atenção.

Não há pretensão de considerar que os avanços e desafios do PSF estão limitados aos aqui apresentados, trata-se de indicar alguns elementos essenciais à análise sobre os limites e possibilidades do PSF constituir-se uma estratégia de consolidação do SUS.

Na avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família: análise por estados (BRASIL, 1999) que entrevistou cerca de 900 secretários municipais de saúde e mais de 2 mil equipes de Saúde da Família em 23 estados do país, os resultados apontam que após a implantação do PSF constatou-se um considerável aumento na oferta de serviços de Atenção Básica. Antes da implantação do programa o elenco de atividades disponíveis nas áreas de abrangência das equipes era restrito, em geral à vacinação e consulta médica de atenção à criança e de pré-natal. Com a implantação do PSF, a oferta da maioria dos serviços básicos (pré-natal, vacinação de gestantes, assistência a puérpera, atenção à criança, incluindo imunização, planejamento familiar e atenção ao adulto, incluindo controle de hipertensão, diabetes, DST e ações de vigilância epidemiológica) foi referida para cerca de 80% ou mais das áreas de abrangência.

Na Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2004) estudo que buscou caracterizar o processo de implantação das equipes de saúde da família e saúde bucal no Brasil entrevistando todas as equipes cadastradas no sistema de informação do programa em 2001, quanto à infra-estrutura das unidades, gestão e processo de trabalho, à luz dos princípios e diretrizes do PSF, os resultados

mostraram que em torno de 80% das equipes de saúde da família estavam atuando de acordo com os parâmetros de adstrição de clientela preconizados pelo Ministério da Saúde (à época até 4.500 pessoas). Mais de 90% de equipes de todo o país contavam com os profissionais da composição mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde, assim como as equipes de saúde bucal. Em relação à realização de ações desenvolvidas, o atendimento nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia) estava sendo realizado por 81% dos médicos e 57% dos enfermeiros.

Com base na tese defendida por Goulart (2002), que apresenta o resultado de uma análise dos processos de formulação e de implementação de diferentes experiências do PSF, foram destacados os seguintes avanços do programa:

- ✓ A Transferência do programa da FUNASA para o Ministério da Saúde, conferindo maior poder a seus dirigentes e mais articulação de suas práticas com a superação de um caráter de 'programa vertical';
- ✓ A articulação internacional do programa, obtida graças à realização de Seminários Internacionais;
- ✓ O incremento da visibilidade e da auto-estima das equipes possibilitada por um conjunto de ações, entre as quais podem ser citadas as capacitações e eventos para participação dos profissionais.

Na pesquisa Saúde da Família no Brasil - Uma análise de indicadores para a atenção básica (BRASIL, 2006), que descreve a evolução de alguns indicadores de saúde, no período de 1998 a 2004, segundo estratos de cobertura da Saúde da Família, podemos destacar que os indicadores relacionados à morbi-mortalidade declinaram e os indicadores que refletem a cobertura dos serviços de Atenção Básica melhoraram significativamente. Os resultados sugerem que a ampliação da cobertura de serviços do Programa Saúde da Família está contribuindo positivamente para reduzir os diferenciais no acesso e na prestação dos serviços de saúde no Brasil. Aponta que o PSF está promovendo a equidade, à medida que apresenta maior cobertura em municípios de IDH mais baixo e está conseguindo aproximar os indicadores desses aos de municípios com IDH mais alto, reduzindo a desigualdade existente entre estes dois grupos de municípios.

Na avaliação do impacto do Programa Saúde da Família na mortalidade Infantil, entre os anos de 1990 e 2002, realizados por Macinko e Souza (2006), foi possível observar que 10% de crescimento da cobertura populacional do PSF ocasionou um decréscimo de 4,6% da mortalidade infantil. O PSF foi a segunda variável, dentre as analisadas, que mais impactou na queda da mortalidade infantil, ficando atrás apenas do grau de escolaridade da mãe.

No relatório publicado pela Unicef - Situação Mundial da Infância 2008: Sobrevivência Infantil – foi constatado que o Brasil conseguiu reduzir a taxa de mortalidade de crianças de até um ano a quase a metade, e a de crianças de um a cinco anos em mais de 60%, no período de 1990 a 2006. A taxa de mortalidade de crianças com menos de um ano caiu de 46,9 para 24,9 por mil nascidos vivos. No mesmo período, a taxa de mortalidade entre um e cinco anos também caiu de 57 para 20 por mil nascidos vivos. De acordo com o relatório, o grande acerto brasileiro ficou por conta da escolha do modelo de atenção à saúde que sai do modelo hospitalar para um modelo que dá prioridade à saúde da família. O Programa Saúde da Família foi citado como um dos destaques do relatório, em especial as ações dos agentes comunitários de saúde nas regiões mais vulneráveis.

O relatório anual da Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a adoção da atenção primária à saúde em todos os países e destaca o Brasil como exemplo dessas iniciativas. O documento intitulado, Informe sobre a saúde no mundo 2008 - Atenção Primária à Saúde: Mais necessária que nunca<sup>65</sup> - recomenda que os países adotem cuidados primários de saúde em suas políticas numa tentativa de combater as desigualdades e ineficiências dos problemas de saúde. A OMS destaca iniciativas como o Programa Saúde da Família como um dos modelos a serem seguidos, já que demonstraram bons resultados para aprimorar o sistema público de saúde no Brasil.

Em síntese, os avanços do PSF demonstrados até aqui nos estudos, pesquisas e relatórios utilizados como referenciais são: aumento da oferta de serviços básicos a população (BRASIL, 1999; 2004); cumprimento das normas federais na maioria dos municípios e equipes implantadas (BRASIL, 2004); superação do caráter de programa vertical; visibilidade do programa e capacitações dos profissionais (GOULART, 2002); contribuição para o declínio da morbi-

---

65 Disponível em: <http://www.who.int>. Acesso em 20 de novembro de 2008.

mortalidade, maior cobertura populacional e melhora nos indicadores de saúde em municípios com baixo IDH (BRASIL, 2006); contribuição na queda da taxa de mortalidade infantil (MACINKO e SOUZA, 2006; UNICEF, 2008); um modelo a ser seguido e adotado em outros países (OMS, 2008), contribuição para indução gradativa do modelo de atenção (VIANA, 2008); aplicação de indicadores sociais para a diferenciação do repasse financeiro (SOLLA, 2007); introdução de princípios norteadores importantes como adscrição de clientela e unidade familiar como referência (DRAIBE, 2003).

## **8.2 Integralidade, Equidade e o Programa Saúde da Família**

Os resultados apresentados no subitem anterior são importantes para indicar que há um avanço na direção de materialização dos princípios da integralidade e equidade no SUS, bem como no objetivo final dos serviços de saúde que é produzir impacto nas condições de saúde da população. Porém, ainda não é possível afirmar que esses avanços dão conta da mudança de modelo de atenção proposto pelo PSF.

Um avanço que merece destaque no sentido de materialização da integralidade é a ampliação da equipe mínima do PSF proposta na portaria que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), estabelecendo critérios e normas para os municípios contratarem outros profissionais que darão suporte técnico às equipes do PSF, custeados em parte pelo Ministério da Saúde. Em que pese essa portaria representar um avanço na ampliação das categorias profissionais para atuar na Atenção Básica, ela pode desencadear uma série de problemas, como a possibilidade de contratação de especialidades médicas, dando margem a atuação desses especialistas como porta de entrada e induzindo os gestores a contratar mais médicos em detrimento de outros profissionais, o grande número de equipes do PSF a ser acompanhado pelas equipes do NASF (1 NASF para 8 equipes de PSF) e condicionar a implantação do NASF onde tem equipe de PSF, restringindo mais uma vez a universalidade.

Merece destaque também a introdução, nas normas que regulamentam o PSF, de um modelo de atenção com foco na família, na comunidade, no território e não mais só no indivíduo e na doença, o trabalho multiprofissional, fazendo com que o atendimento não seja centrado apenas no saber médico. As propostas de terapias

complementares<sup>66</sup> aliadas às tradicionais, os conceitos de responsabilização sanitária e vínculo para os serviços e o incentivo a participação popular no exercício do controle democrático.

As estratégias de financiamento do programa que contemplam as desigualdades e especificidades regionais e da população podem ser consideradas avanços no sentido de materialização da equidade, criando incentivos diferenciados para a região da Amazônia Legal, para municípios com baixo IDH e para a população quilombola e assentada.

Há que citar também os sinais de mudança na prática indiretamente desencadeados pelo PSF, como as rediscussões no âmbito das instituições de ensino, propondo mudanças nas grades curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde, a introdução de novos cursos de especialização e residências e a articulação das áreas de educação e saúde, em torno da formação e qualificação dos profissionais para atuar no SUS.

Os números do PSF registram que ele é uma estratégia política de grandes proporções. Atualmente são mais de 28 mil equipes de Saúde da Família, mais de 16 mil equipes de Saúde Bucal e mais de 218 mil Agentes Comunitários de Saúde. Só no ano de 2007 foram repassados R\$ 3,9 bilhões para a Saúde da Família. Em dezembro de 2007, foram contabilizados 103,3 milhões de indivíduos cadastrados em todo o país - o equivalente à população do México<sup>67</sup>. Uma estratégia dessa magnitude requer esforços para a sua manutenção, em especial quando se trata de concretizar o seu objetivo, que é o de reorientar o sistema de saúde a partir de um novo modelo de atenção. O PSF se depara com contradições de natureza política, ideológica, conceitual e encontra-se em um conflito, entre a normatização proposta pelo nível federal, e os problemas que os municípios vêm enfrentando para a implementação.

---

66 No SUS existe a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, regulamentada pela Portaria Nº 971, de 03 de maio de 2006

67 Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab> dados de agosto de 2008. Acesso em 20 de novembro de 2008.

### 8.3 Limites do Programa Saúde da Família

Os desafios do PSF aqui são considerados como limites à consolidação do SUS, impondo barreiras à materialização dos princípios constitucionais do sistema de saúde público, e que precisam ser explicitados no sentido de exigir medidas urgentes para superá-los. Esses limites estão categorizados como de caráter econômico, político, de gestão e do modelo de atenção, que não só se colocam ante a realização dos objetivos do PSF, mas como obstáculos na consolidação do próprio SUS.

Quanto aos aspectos econômicos, os limites situam-se em torno da possibilidade da falta de continuidade tanto do PSF, como dos recursos federais destinados a ele, estando vulnerável às mudanças políticas e de gestão e por se tratar de um recurso vinculado a aceitação e cumprimento de algumas normas estabelecidas nacionalmente e não de um recurso *per capita*, como é o caso do PAB fixo. Outro problema, segundo a maioria dos gestores municipais (GOULART, 2002) é que o quantitativo repassado aos municípios não é suficiente para arcar com as despesas de implantação e manutenção do programa, sendo que o incentivo federal financeira em torno de 30 a 40% (BRASIL, 2002) do total de gastos com a equipe de PSF. Contribui para a insuficiência de recursos no município a ausência ou o baixo valor investido pelos estados na Atenção Básica, descumprindo com a regra do financiamento tripartite e tornando os municípios dependentes dos recursos federais, principalmente os que contam com baixa arrecadação.

Quanto aos aspectos macro-econômicos, o PSF reflete a insuficiência de recursos que o Estado destina a execução das políticas sociais. A saúde faz parte do Orçamento da Seguridade Social, que conta com recursos insuficientes para a realização de suas ações, se depara com desvios do que seria o financiamento de ações e serviços de saúde, para o pagamento de juros e amortização da dívida e pagamento de pessoal (ativo, inativo e pensionista), tudo no mesmo bolo do orçamento da saúde. A falta de regulamentação da Emenda Constitucional nº29 (desde 2000) impede a fixação de um percentual de gastos para a União e a regulamentação do que são ações e serviços de saúde. Além de mecanismos que possibilitam, constitucionalmente, que haja desvio de recursos do seu destino original determinado, como a Desvinculação dos Recursos da União (DRU), que desde 2000

(aprovada pelo Senado Federal a prorrogação até 2011), vem sendo uma ameaça concreta aos recursos das políticas sociais.

No que diz respeito às limitações políticas, a primeira delas seria de legitimar o PSF como uma estratégia política, concretamente prioritária para SUS, que deve estar presente em todos os municípios tendo caráter universal. Deixar de ser uma opção, suscetível a vontade do gestor, para se tornar uma ação compulsória da política nacional de saúde, com suporte técnico e financeiro dos estados e do governo federal aos municípios para implantarem essa ação.

Ainda no aspecto político, há o desafio de encarar a Atenção Básica no seu conceito mais amplo, considerando o território de desenvolvimento das ações como complexo, o que exige propostas mais bem estruturada para conseguir alcançar resultados positivos na condição de saúde da população. Isso envolve a ampliação do escopo de profissionais no PSF, a garantia de suporte dos outros níveis de atenção do SUS para a referência dos casos que exigem maior complexidade tecnológica, uma política para contratação e fixação dos profissionais, em parceria com Ministério da Educação, a articulação com outros setores e outras políticas governamentais – a exemplo do Ministério da Justiça, Esporte, Desenvolvimento Social, Previdência, Meio Ambiente, Desenvolvimento Agrário – para o reforço e otimização das ações que envolvem todo o contexto social.

De forma sintética, o maior desafio político do PSF é ter suporte institucional e político para ser tratado como uma estratégia política para a materialização dos princípios do SUS. Enquanto ele não contar com uma boa estrutura para superar tanto os problemas conjunturais, quanto estruturais, continuará sendo visto como um programa vertical, focalizado, de baixo custo, que se constitui em uma opção do gestor, principalmente para os territórios mais pobres e vulneráveis, ou como uma obrigação para os municípios que pretendem que querem aumentar a fonte de recursos, mas estão descompromissados com a qualidade e resultados que irá obter.

Nos aspectos que envolvem a gestão do PSF, uma das principais limitações é em relação aos recursos humanos, tanto a contratação e fixação dos profissionais, quanto o estabelecimento de um processo de negociação com as corporações profissionais, afim de, construir consensos sobre os campos de exercício profissional de forma a ampliar as áreas de atuação dos profissionais, no sentido de compartilhamento de responsabilidades e, principalmente, a desconcentração do

poder centrado no saber médico. Além do enfrentamento de outras questões como o descumprimento das condições de trabalho estabelecidas pelas normas do PSF, em especial a carga-horária preconizada, e os valores exorbitantes de salário exigidos.

Quanto à gestão, ainda temos que encarar como desafio os desvios ou a má aplicação de recursos da saúde e os artifícios utilizados para burlar o descumprimento das regras. Ainda que hoje possamos contar com mecanismos de fiscalização, como os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, Controladoria Geral da União (CGU), Tribunais de Conta dos Estados, Ministério Público, devemos melhorar tanto os processos de fiscalização, quanto os de monitoramento e avaliação, para a constante evolução das políticas de saúde e aumento do impacto na saúde da população.

Um dos aspectos que limita a consolidação de um novo modelo de atenção integral e resolutivo, que resgata e valoriza a humanização do cuidado em detrimento da assistência centrada em procedimentos e prescrição de medicamentos e exames é a falta de investimento na formação de recursos humanos, de forma que os profissionais saiam dos cursos de graduação aptos para trabalhar no Sistema Único de Saúde e encarar o perfil sócio-epidemiológico da população.

Também para a mudança do modelo assistencial é necessário enfrentar um complexo médico-industrial privado que defende serviços básicos de caráter focalizado, deixando margem para que o mercado de serviços de saúde possa atuar. Além de induzir a medicalização e realização de exames excessivos, no intuito de gerar lucros e aumentar o capital das empresas.

Outro fator importante é a necessidade da contínua qualificação dos profissionais de saúde, por meio de uma política de educação permanente para o SUS, que garanta a execução de práticas de saúde resolutivas e que promovam a saúde. Uma saída seria a criação de cargos e carreira para o SUS, que logicamente contemplaria o PSF, com uma política de incentivo salarial que contribuísse para a fixação dos profissionais a desconcentração dos profissionais dos grandes centros urbanos para as regiões periféricas e do interior.

A composição da equipe também é um fator que contribui para a mudança do modelo de atenção, quanto mais multiprofissional for à equipe, com a incorporação de outras categoriais profissionais, haverá uma ampliação do conhecimento e maior

possibilidade de intervenção sobre os processos de saúde-doença, de modo a atender às necessidades da população.

## CONCLUSÃO

### PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA DE CONSOLIDAÇÃO DO SUS: CONTRADIÇÕES

As ações de Atenção Básica vêm adquirindo maior centralidade na agenda da política nacional de saúde do Brasil e o Programa Saúde da Família tornou-se uma das principais estratégias para aumentar a cobertura e ampliar o acesso da população aos serviços de Atenção Básica. Além disso, o programa tem como prerrogativa promover a reorganização da prática assistencial, provocando reflexos em todos os níveis do sistema. Dessa forma, espera-se que com as mudanças na prática promovidas pelo PSF e centralizadas na Atenção Básica como coordenadora do cuidado em saúde, os princípios e diretrizes constitucionais do SUS possam ser consolidados.

Ainda não é possível afirmar que o PSF garante a materialização dos princípios do SUS, já que nem ele mesmo está consolidado. Ainda apresenta uma série de desafios para se tornar uma estratégia política capaz de reverter um modelo de atenção instalado nos serviços de Atenção Básica e sofre as conseqüências dos problemas conjunturais e estruturais que o SUS enfrenta. Há sim, que considerar o seu potencial como estratégia para superar os desafios do modelo de atenção instalado predominante na Atenção Básica, mas antes disso, precisa superar os seus próprios desafios.

Esta pesquisa identificou os principais avanços do PSF direção à materialização do princípio da integralidade, como por exemplo, a composição multiprofissional de equipe, a incorporação da equipe de Saúde Bucal, a criação, mesmo que de forma incipiente, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), o lançamento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e a proposta de consolidação de um modelo de atenção com foco na família, no território, visando à promoção da saúde. Bem como ao princípio da equidade, incorporando formas de financiamento federal que contemplam a situação de desigualdade no acesso aos serviços de grupos como quilombolas e assentados, os municípios com

baixo índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e outras diferenças locais e regionais entre os municípios de um mesmo Estado.

Porém, ainda apresenta dificuldades para se consolidar como uma estratégia política de caráter universal, caracterizando-se neste momento como uma estratégia política focalizada, no sentido de que só onde está implantada é que a população tem acesso aos seus serviços. Em que pese o avanço na expansão do número de equipes no país, as áreas de implantação do programa, em muitos municípios, ainda se concentram nas regiões de risco, sendo que em muitos casos o gestor consegue apenas implantar o Programa Agentes Comunitários de Saúde, por falta de compromisso com a gestão ou por barreiras que ele não consegue superar para implantar uma equipe completa de Saúde da Família.

A cobertura populacional do programa está em torno de 48% (dados de agosto de 2008) do total da população brasileira, sendo que potencialmente essa cobertura deveria ser de 100% da população, em se tratando de uma estratégia política cientificamente comprovada em termos de resultados em saúde e por ser considerada uma das prioridades para o SUS. Esse percentual de cobertura populacional reflete que na prática mais de 50% da população fica sob responsabilidade da Atenção Básica que presta serviços de forma tradicional, prática comprovada, inclusive pelo próprio Ministério da Saúde, como não adequada às necessidades em saúde. Ou ainda, a mercê do mercado, tendo que contratar planos de saúde ou tendo que pagar diretamente aos prestadores de serviço privados.

Dentro dos preceitos liberais, justifica-se a implantação de políticas sociais focalizadas, fazendo com que o Estado atue minimamente aos comprovadamente pobres e o restante da população teria 'liberdade' para escolher quem será o seu prestador de serviço. Os serviços privados também ficariam sob uma mínima ou nenhuma regulação estatal, para que possam vencer a concorrência e abocanhar fatias cada vez maiores do mercado, contribuindo para o 'desenvolvimento econômico' do país. Dessa forma, as políticas não onerariam tanto os cofres públicos, podendo até diminuir a carga de impostos.

O que devemos lutar na verdade é para a implantação efetiva do SUS. As estratégias que serão usadas poderão adquirir diversas nomenclaturas e formatos, mas não poderão, de forma alguma, ser contrários a materialização dos princípios do SUS. Se já tivéssemos avançado na consolidação do SUS, talvez não precisássemos

recorrer a essas estratégias e nem contar com financiamento e recomendações internacionais para efetivar um sistema de saúde que está previsto na Constituição Federal e que foi pensado e elaborado de forma participativa, refletindo o desejo da maioria da população para o sistema de saúde brasileiro.

O PSF se apresenta como um fenômeno contraditório, assim como as políticas sociais, representando por um lado uma estratégia política capaz de provocar diminuições nas desigualdades em saúde, determinadas por fatores ambientais, sociais, econômicos, políticos, com raiz no modo de produção capitalista. Por outro lado, impõe barreiras a materialização dos princípios do SUS, a exemplo da universalidade do acesso e da flexibilidade na possibilidade de sua implantação pelo município.

A velocidade com que o Programa Saúde da Família vem se expandindo desde a sua criação, ao mesmo tempo em que comprova a decisão política e institucional do Ministério da Saúde de fortalecimento da Atenção Básica, aponta para a necessidade de que se garanta uma base de sustentação para um adequado processo de implantação e que se mantenha a coerência com os princípios e diretrizes do SUS.

A Atenção Primária, dentro de um conceito ampliado, vem sendo comprovada como fundamental para orientar as estruturas dos sistemas de saúde, de forma a atingir níveis consideráveis de saúde da população. O PSF para aderir a essa tendência mundial deverá superar o estágio de programa vertical e restrito, para na prática ser uma estratégia integrada no sistema, permitindo formar uma rede articulada que assegure a continuidade da atenção para além dos cuidados primários em saúde. Há que se destacar que esse não é um problema isolado do PSF, mas sim, um problema estrutural do SUS, que ainda não garante uma atenção integral, permanecendo gargalos no sistema, em especial no nível de média complexidade, não permitindo um suporte de serviços de referência ao PSF.

Todos os esforços das instâncias tomadoras de decisão do PSF deverão ser no sentido de que o Estado garanta o acesso universal a um conjunto de serviços na Atenção Básica conduzindo ao mais alto nível de saúde, eliminando as barreiras organizacionais, geográficas, étnicas, de gênero, culturais ou econômicas, que impedem o acesso a ações e programas de qualidade.

As políticas deverão fortalecer os canais de participação da população na tomada de decisão e favorecer as ações de controle democrático (ou controle social). Deverão ser articuladas de forma intersetorial, para que os serviços de saúde possam ser uma via de articulação e otimização entre as diversas políticas governamentais.

A consolidação do PSF requer ações conjunturais, com o desenvolvimento de estratégias e mecanismos jurídicos que garantam a estabilidade do programa, permitindo a sua continuidade e preservando-o mesmo em situações de mudança ou instabilidade, política, econômica ou social. Precisa ter a garantia de sustentabilidade financeira, de forma regular e suficiente para atender às necessidades de saúde da população.

Dessa forma, poderemos considerá-lo como um caminho para a materialização dos princípios do SUS e atuando no sentido de contribuir para a superação dos limites estruturais e conjunturais que não só o SUS, mas outras políticas sociais enfrentam num contexto político-econômico neoliberal vivenciado pelo país. O PSF deve ter suas normas e ser implementado nos municípios como parte integrante de uma política social, que é o SUS, tendo como prerrogativa a concretização dos direitos sociais e como parâmetro a promoção da cidadania. Esses deveriam ser os requisitos para analisá-lo e avaliá-lo dentro de uma perspectiva crítica e totalizante.

## BIBLIOGRAFIA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (Abrasco) et al. Gasto em saúde no Brasil: É muito ou pouco? In: ABRASCO. Disponível em <http://www.abrasco.org.br/publicac.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2007.

ALEIXO, José Lucas M. Atenção Primária à Saúde e o Programa Saúde da Família: Perspectivas de Desenvolvimento no início do Terceiro Milênio. *Revista Mineira de Saúde Pública*, Belo Horizonte, n. 1, p. 1-16, jan.- jun. 2002.

AZEVEDO SILVA, A. *Programa Saúde da Família: Trajetória no âmbito do Ministério da Saúde*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

BODSTEIN, R. et al. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família: considerações sobre seu acompanhamento. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, jul.- set. 2006.

BEHRING, Elaine R. e BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2007, v.2, 3. ed., 213p. :il.

BOSCHETTI, Ivanete. *Dimensões, categorias e indicadores para análise e avaliação de políticas sociais*. Texto preparado para disciplina Análise de Políticas Sociais do Mestrado em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ivanete. Apresentação realizada na 13ª Conferência Nacional de Saúde, em novembro de 2007. Vídeo disponível em: <http://www.canal.fiocruz.br>

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal Saúde. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2007.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8142.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2007.

\_\_\_\_\_. *Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família: análise por estados*. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. *Gestão Municipal de Saúde. Textos Básicos*. 20 ed. Rio de Janeiro, 2001.

\_\_\_\_\_. *Determinação e Avaliação do Custo do Programa de Saúde da Família (PSF): 2001/2002*. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Consórcio Fundação Getulio Vargas – Gvconsult. REFORSUS – Projeto de Reforço à Reorganização do SUS – Componente II. CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. *Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família - 2001/2002*. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. *Saúde da Família no Brasil: Uma Análise de Indicadores Seleccionados - 1998 – 2004*. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria 648/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal Saúde. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acesso em: 30 nov. 2007.

\_\_\_\_\_. Portaria 822/GM, de 17 de abril de 2006. Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal Saúde. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab06/gababr06.htm>. Acesso em: 30 nov. 2007.

\_\_\_\_\_. Portaria 971/GM, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal Saúde. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-971.htm>. Acesso em: 30 nov. 2007.

\_\_\_\_\_. *Seguridade Social e o Financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil*. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento produzido pelo Núcleo Nacional de Economia da Saúde da Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento da Secretaria Executiva, Brasília, jun. 2007.

\_\_\_\_\_. Portaria 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal Saúde. Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/PORTARIA\\_154\\_NASF.doc](http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/PORTARIA_154_NASF.doc)  
Acesso em: 28 mar. 2008.

\_\_\_\_\_. *Mais Saúde: Direito de todos 2008-2011*. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2. ed., 2008. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 28 março de 2008.

CAMPOS, Gastão W. S. *Ciência e políticas públicas em saúde: relações perigosas*. In: Estado e políticas sociais no Brasil: Conferências do Seminário Estado e políticas sociais: São Paulo: Edunioeste, 2001, p. 60-71.

CARVALHO, José M. de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

CARVALHO, S.R. e CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n.2, abr. – Jun. 2000.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA E CARIBE (CEPAL). *Reformas institucionales y coordinación gubernamental en La política de protección social de*

*Brasil*. Divisão de Desenvolvimento Social. Série Políticas Sociais. Santiago do Chile, Chile, março, 2003.

\_\_\_\_\_. *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Montevideú, Uruguai, março, 2006.

COHN, Amélia. As políticas sociais no governo FHC. In: *Tempo Social*, São Paulo, Revista de Sociologia da Universidade de São Paulo (USP), p. 183-197, out. 1999 (editado em fev. 2000).

COIMBRA, Marcos A. Abordagens teóricas ao estudo das Políticas Sociais. In: ABRANCHES, S.H. et al. *Política Social e Combate à Pobreza*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1987.

CONILL, Eleonor M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Rio de Janeiro, *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (Suplemento), p. 191-202, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003. Aprova as diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Reso322.doc>. Acesso em 28 março de 2008.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.6 (2), p. 319-328, 2001.

DELGADO, G.D e THEODORO, M. Desenvolvimento e Política Social. In: JACCOUD, L. (Org). Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo. Brasília: IPEA, 2005, 435 p.

DRAIBE, Sônia M. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reformas dos programas sociais. São Paulo em Perspectiva, 11(4) 1997.

\_\_\_\_\_, Sônia M. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. Revista Tempo Social, São Paulo, v.15, n. 2, nov. 2003.

DRUCK, Graça e FILGUEIRAS, Luiz. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. Revista Katálisis, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 24-34, jan. - jun. 2007.

ESCOREL, Sarah. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, 20 ed. :il.

ESPING-ANDERSEN, G. *As três economias políticas do Welfare State*. In: Lua Nova n. 24, São Paulo: CEDEC, 1991, p. 85-115.

\_\_\_\_\_. G. *Fundamentos sociales de las economias postindustriales*. Barcelona: Ariel, 2000. Capítulo 4 – La economia familiar, p. 69-100.

FLEURY, S. A Seguridade Social inconclusa. In: ROCHA, D. (Org). A era FHC e o Governo Lula: transição? INESC. Brasília, abril de 2004 - Disponível em: <http://www.inesc.org.br>. Acesso em fev. 2007.

FRANCO, Túlio B.; MAGALHÃES, Helvécio J. R. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, Emerson E. (Org.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p.125-34.

GRUPPI, L. Tudo começou com Maquiavel: as concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci. Porto Alegre, 5 ed. L&PM Editores Ltda, 1980.

GOMES, A.C. Burguesia e trabalho: política e legislação social no Brasil: 1917-1937. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

GOULART, Flavio A. A.. Experiências em Saúde da Família: Cada caso é um caso? Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ para a obtenção do título de Doutor em Saúde Pública – subárea de Políticas Públicas e Saúde. Rio de Janeiro, 2002.

HOFLING, Eloísa M. Estado e Políticas Públicas Sociais. Caderno CEDES, São Paulo, ano XXI, n. 55, nov. 2001. Disponível em: [www.scielo.org.br](http://www.scielo.org.br). Acesso em 24 jun. de 2007.

IANNI, O. Sociedade Civil e Estado. In: Classe e Nação. Petrópolis. Ed. Vozes, 1986.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Economia da Saúde: Uma perspectiva macroeconômica 2000-2005. In: Estudos e Pesquisas Informação Econômica n. 9. Rio de Janeiro, 2008.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Brasil: o estado de uma nação - mercado de trabalho, emprego e informalidade. Brasília, 2006. Disponível no site [www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br). Acesso em 20 jul. de 2007.

\_\_\_\_\_. Boletim de políticas sociais: acompanhamento e análise, 2007a, n. 14, fevereiro, p. 78-98. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em 20 jul. de 2007.

\_\_\_\_\_. Boletim de políticas sociais: acompanhamento e análise, 2007b, n. 13, edição especial, p. 115-154. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em 20 jul. de 2007.

\_\_\_\_\_. Boletim de políticas sociais: acompanhamento e análise, 2008, n. 15, março, p. 73 -95. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em 19 jun. de 2008.

JACCOUD, Luciana. Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo. Brasília, IPEA, 2005, 435 p. il.

MATTOS, Ruben A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.6, n.2, 2001.

MACINKO J; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M F M. *Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990 2002*. Journal Epidemiology Community Health, Grã Bretanha, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MARQUES, Rosa M. e MENDES, Áquilas. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18 (suplemento), 2002.

\_\_\_\_\_. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? In: Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.8, n. 2, 2003.

MENDES Eugênio V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_. A Atenção Primária à saúde no SUS. Texto no prelo - divulgado pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Sem data. Disponível em <http://www.esp.ce.gov.br>. Acesso em 28 março 2008.

MISHA, Ramesh. *Marx and Welfare State*. In: Sociological Review, New Series, v.23 (2), 1975. Tradução livre de Potyara A. P. Pereira.

MULLER, P. e SUREL, Y. Teorias da Ação Pública: Novas Abordagens. In: *L'Analyse des Politiques Publiques*. Paris, Editions Montchrestien, 1998. Tradução livre feita por Elcylene Leocádio e revisão de Ivanete Boschetti;

NETTO, José P. *Cinco notas a propósito da questão social*. In: Temporalis 3. Ano II. Rio de Janeiro. ABEPSS. Jan –jun. 2001;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Informe sobre la salud en el mundo (2008). La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca*. Relatório anual da situação de saúde no mundo publicada pela OMS. Disponível em: <http://www.who.int>. Acesso em 25 de novembro de 2008.

PEREIRA, Potyara A. P. Questão Social, Serviço Social e direitos de cidadania. In: Temporalis 3, ano II. Rio de Janeiro: ABEPSS, Jan – jun de 2001.

\_\_\_\_\_. A saúde no sistema de seguridade social brasileiro. In: Ser Social nº10, Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, jan. - jun de 2002, p. 33-55.

\_\_\_\_\_. A política Social no contexto da política pública, da cidadania e da relação entre Estado e sociedade. Texto apresentado na Disciplina Teorias da Política Social e da Cidadania do Mestrado em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Características do Estado versus Sociedade e sua Relações Específicas. Texto apresentado na Disciplina Teorias da Política Social e da Cidadania do Mestrado em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. Brasília, 2005.

PIERSON, Christopher. *Beyond the Welfare State?* Cambridge: Polity Press, 1991. Tradução livre de Potyara A. P. PEREIRA.

RADIS - Comunicação em Saúde. Orçamento da Saúde 2007. In: Radis n. 55, março de 2007.

RIBEIRO J. A. C; PIOLA S. F, SERVO L.M. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 37, p. 21-43, jan 2007.

RIBEIRO, José. A. C. O SUS precisa de mais recursos. Revista Desafios, Brasília, junho 2008.

RIZZOTTO, M. L. F. e CONTERNO, S. de F. R. A reforma do setor saúde nos anos 90: desdobramento da reforma do Estado Brasileiro. In: Estado e políticas sociais no

Brasil: Conferências do Seminário Estado e políticas sociais. São Paulo: Edunioeste, 2001, p. 74-95.

ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia e Saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

SGUARIO, E. e PEZZINI, R. Programa de Saúde da Família: de onde viemos, para onde vamos. Trabalho de Conclusão de curso da Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/ Modalidade Residência da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SILVEIRA, Edenice. R. Acolhimento: uma trilha em construção – a percepção de usuários e trabalhadores de saúde do Centro de Saúde Saco Grande/ Florianópolis. 2003. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SOLLA, Jorge J. S. P. et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil. Recife, n.7 (4), out. - dez. de 2007, p. 495-502.

SOUSA, Maria de F. Os sinais vermelhos do PSF. Editora Hucitec, São Paulo, 2002.

STARFIELD, B., SHI L., MACINKO, J. *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*. The Milbank Quarterly, v. 83, n. 3, 2005, p. 457–502.

STARFIELD, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde serviços e tecnologia. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

SUNKEL, G. *El papel de la familia em la protección social em América Latina*. Série políticas sociales. CEPAL: Santiago do Chile, 2006.

SWEEZY, Paul. *O método de Marx*. In: Teoria e Desenvolvimento do Capitalismo. São Paulo: Ed. Abril Cultural, 1983.

TEIXEIRA, Carmem F., PAIM, Jairnilson S., VILASBÔAS, Ana L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. Texto elaborado para a Oficina de Vigilância em Saúde do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. 2000.

TEIXEIRA, S. M. F. Textos de Apoio: Antecedentes da Reforma Sanitária. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1988.

VIANA, Ana Luiza D. e DAL POZ, Mário R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento), 2005, p. 225- 264.

VIANA, Ana Luiza D. Estratégias de financiamento para organização e fortalecimento da atenção básica nos grandes centros urbanos de São Paulo. Relatório final. Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina do Departamento de Medicina Preventiva. Edital mct-cnpq / ms-sctie-decit – Nº 36/2005 Linha: análise econômica do financiamento do setor saúde. São Paulo, agosto de 2008.

VIANNA, M.L.W. O silencioso Desmonte da Seguridade Social no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês S. e PEREIRA Potyara A. P. (Org.). *Política Social e Democracia*. Rio de Janeiro, Cortez: UERJ, 2007.